

**DAS KOLLUSIONSKONZEPT -
EIN ERKLÄRUNGSMODELL FÜR DIE
PSYCHOSOMATISCHE KOMMUNIKATION?**

**Klinische Untersuchung
an Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten**

**Dr. phil. Dipl.Psych. Heinz Golling
München**

1986

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Vorstand: Prof. Dr.med. Hanns Hippus

Das Kollusionskonzept -
Ein Erklärungsmodell für die psychosomatische Kommunikation?

Klinische Untersuchung
an Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dr.phil. Dipl.Psych. Heinz Golling

aus

München

München 1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter:

Prof. Dr.med. M. Ermann

Mitberichterstatter

1) Prof. Dr.med. H. Hippus

Mitberichterstatter:

2) Prof. Dr.med. G. Paumgartner

Dekan:

Dekan:

Prof. Dr.med. W. Spann

Prof. Dr.med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung:

Tag der mündlichen Prüfung: 10. 2. 1987

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei Herrn AOR Dipl.Psych. R. Pfitzner für die freundliche Betreuung und hilfsbereite Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr.med. W. Kruis von der Medizinischen Klinik II des Klinikums Großhadern für die großzügige Bereitstellung des umfangreichen Patientenkollektivs.

Herrn Prof. Dr.med. M. Ermann, dem Vorsteher der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München, möchte ich für die bereitwillige und unkomplizierte Übernahme dieser Arbeit als Doktorvater danken.

Herrn Prof. Dr.med. H. Hippus, dem Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität München, gilt mein Dank als dem Schirmherrn der Nervenheilkunde an der Universität München und damit auch als dem Schirmherrn dieser Arbeit.

Herrn Dr.med. Dipl.Psych. H.-P. Kapfhammer danke ich für den freundschaftlichen Diskurs und die moralische Unterstützung.

Nicht zuletzt möchte ich mich ganz besonders herzlich bei allen Patienten und deren Partnern bedanken, die an dieser Untersuchung teilgenommen und manche Anstrengung auf sich genommen haben.

Meinen Eltern

„Es kommt hier nicht darauf an, Beispiele und Argumente dafür zu bringen, daß in Pathologie und Therapie auch Seelisches mitspricht, sondern es handelt sich darum, daß eben, weil dies der Fall ist, jede rein anatomische Beschreibung, jede rein physiologische Analyse bereits einen Fehler enthält, wenn sie Tun und Leiden des menschlichen Subjektes nicht enthält. Mit dieser Formulierung wird klar, daß die Dinge jetzt ganz anders stehen wie damals, als Freud für einen Zweig der Psychiatrie, für die Hysterien, die Phobien und die Zwangneurosen eine neue Auffassung vorlegte. Heute handelt es sich um die ganze Medizin.“

Viktor von Weizsäcker, 1948

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Einleitung	1
A. Theoretischer Teil	3
I. Darstellung des Kollusionskonzepts	3
1. Wissenschaftstheoretischer Hintergrund des Kollusionskonzepts	3
2. Definition des Kollusionsbegriffs	5
2.1. Zusammenspiel von intraindividueller und interindividueller Balance	7
2.1.1. Progressives und regressives Abwehrverhalten	7
2.1.2. Progressive und regressive Beziehungsposition	8
2.1.3. Einigung auf das "gemeinsame Unbewußte"	9
2.2. Die kollusive Beziehungsspirale	10
2.2.1. Kollusion der Partnerwahl	10
2.2.2. Von der Kollusion zum Paarkonflikt	11
2.2.3. Auflösung oder Neukalibrierung der kollusiven Beziehung	12
3. Die vier Grundmuster des kollusiven Beziehungsmodus	13
II. Psychosomatisches Sozialisations- und Persönlichkeitsprofil	19
1. Allgemeines psychosomatisches Strukturprofil	19
1.1. Objektbeziehungstheoretischer Aspekt	19
1.1.1. Bedeutung und Funktion der Eltern	21
1.1.2. Psychosomatogener Erziehungsstil	23
1.2. Alexithymer Aspekt	26
1.2.1. Charakteristika der Sprache	32
1.2.2. Psychosozialer Aspekt	35
1.3. Auslösende Situation	36
1.4. Triebpsychologischer Aspekt	39
1.4.1. Psychobiologischer Aspekt	43
1.4.2. Bedeutung der Affekte	45
1.5. Selbstpsychologischer Aspekt	50
1.6. Ichpsychologischer Aspekt	52

2. Strukturprofil von Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten	55
2.1. Differentialdiagnostische Unterschiede	55
2.2. Objektbeziehungsformen	56
2.2.1. Persönlichkeitsmerkmale der Eltern	57
2.2.2. Selbstpsychologischer Aspekt	58
2.2.3. Auslösende Situationen	59
2.3. Triebpsychologischer Aspekt	60
2.3.1. Angst- und Abwehrformen	64
2.3.2. Psychophysischer Aspekt	66
2.4. Psychosozialer Aspekt	68
3. Psychosomatische Symptombildung und ihre kommunikative Bedeutung	69
3.1. Der soziokulturelle Aspekt	69
3.2. Symptom und Kommunikation	71
3.3. Symptombedeutung und Organwahl	74
III. Untersuchungsperspektive und Methodik	76
1. Fragestellungen und Arbeitshypothesen zur Struktur der „psychosomatischen Kommunikation“	76
2. Methodisches Procedere	80
3. Die Gewinnung der Patienten	83
B. Empirischer Teil: Klinische Kasuistik	85
I. Bemerkungen zur Präsentation der Fallbeispiele und zur Durchführung der Materialanalyse	85
II. Evaluation und Interpretation	87
1. Paar I	87
1.1. Interview	87
1.2. PSKB	91
1.3. GT	91
1.4. IRV/GRV	93
1.5. Resümee	97
2. Paar II	99
2.1. Interview	99
2.2. PSKB	103
2.3. GT	103
2.4. IRV/GRV	105
2.5. Resümee	110

3. Paar III	111
3.1. Interview	111
3.2. PSKB	113
3.3. GT	114
3.4. IRV-GRV	117
3.5. Resümee	121
4. Paar IV	124
4.1. Interview	124
4.2. PSKB	124
4.3. GT	130
4.4. IRV-GRV	132
4.5. Resümee	134
5. Paar V	137
5.1. Interview	137
5.2. PSKB	143
5.3. GT	143
5.4. IRV-GRV	144
5.5. Resümee	148
6. Paar VI	152
6.1. Interview	152
6.2. PSKB	154
6.3. GT	154
6.4. IRV-GRV	156
6.5. Resümee	158
III. Synopse der Materialanalysen	165
1. Zusammenfassende Diskussion der Untersuchungsergebnisse	165
2. Vergleich von Arbeitshypothesen und Untersuchungsergebnissen	168
C. Dokumentation	174
I. Interviews (6)	177
II. IRV-GRV-Protokolle (12)	182
III. IRV-GRV-Verrechnungsbücher (6)	187
IV. GT-Profilbücher (11)	190
V. Tabellen (PSKB; GT; IRV-GRV / 4)	191
Literatur	195

EINLEITUNG

Mit dem Entwurf seines Kollusionskonzepts versuchte der Psychiater Jürg Willi (1975, 1978) einen Beitrag zur wissenschaftlichen Erklärung von unbewußten Beweggründen und Motiven, die bei der Partnerwahl und bei Paarkonflikten seines Erachtens eine wesentliche Rolle spielen, zu leisten. Aus der empirischen Erfahrung und Praxis von Paarbehandlungen leitete er seine Konzeption der Motivanalyse und Verlaufemusterbeschreibung von partnerschaftlichen Interaktionskonflikten ab. Dabei machte er die interessante Feststellung, daß Partnerkonflikte, die trotz der bewußt-rationalen Indienstnahme von Konfliktbewältigungsstrategien bei den betreffenden Paaren unverändert weiterbestanden, sich offenbar auf ein unbewußtes Zusammenspiel (i. e. Kollusion) von unausgesprochenen Phantasien, Triebansprüchen und Wunschvorstellungen gründeten. Diese Kollusion uneingestandener Bedürfnisse und unbewußter Sehnsüchte - so sie schon vorher die Partnerwahl entscheidend beeinflusst hatte - verfestigte sich im Wechselspiel des partnerschaftlichen Beziehungsgefüges sozusagen zum „dyadischen Unbewußten“. Der gemeinsame unbewältigte Grundkonflikt von zwei Partnern stellt die Basis der kollusiven Einigungsformel dar: das unbewußte Zusammenspiel gegenseitiger Selbst-Täuschung (Laing 1969) mit unterschiedlicher Rollenverteilung (meist komplementär bzw. polarisiert) zum Zweck der Abwehr und Bewältigung von miteinander geteilten Ängsten und Schuldgefühlen. Der kollusive Selbstheilungsversuch verstärkt die dyadische Verklammerung der Konfliktpartner und vermittelt ihnen das Gefühl, unentrinnbar aufeinander bezogen zu sein. Auf diese Weise bewirken die „Einigung“ auf einen gemeinsamen unbewußten Grundkonflikt und auch die frustrierten Selbstheilungsversuche desselben via Kollusion in manchen Fällen die Perpetuierung solcher zählebigen und qualvollen Paarkonflikte auf Jahre hinaus.

Diese Arbeit, die sich als Pilotstudie versteht, unternimmt nun den Versuch, die Anwendbarkeit des Kollusionskonzepts auf die Interaktions- und Kommunikationsstrukturen von psychosomatisch Kranken und deren Partnern zu untersuchen. Dabei sind mit „psychosomatisch krank“ alle diejenigen leib-seelischen Leidensformen gemeint, bei denen unter Zugrundelegung eines Modells der multifaktoriellen Krankheitsgenese psychische Ursachenfaktoren nachweislich eine wesentliche Rolle hinsichtlich der Krankheitsgenese und des Verlaufs spielen. Die Enteritis regionalis (Morbus Crohn) und die Colitis ulcerosa stellen nach allgemeiner psychosomatischer Lehrmeinung solche Krankheitsbilder dar, die mit psychosozialen Methoden besonders intensiv untersucht wurden und über die im psychosomatischen Schrifttum zahlreiche Befunde vorliegen (vgl. z.B. Alexander 1950; Weiner 1977; von Uexküll et al. 1979; Thomä 1980).

Das primäre Erkenntnisinteresse der Untersuchung richtet sich auf die Beantwortung der Frage, ob sich in den Partnerschaften von Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten kollusive Interaktions- und Kommunikationsprozesse abspielen und, sollte dies der Fall sein, in welchem Wirkungszusammenhang „Kollusion“ und Psychosomatose stehen.

Angeichts der Komplexität des Gegenstandsbereichs der Untersuchung und angesichts der äußeren Umstände, unter denen sie durchgeführt wurde, dürfen die Resultate vorbehaltlich ihres Annäherungswertes allein als Arbeitsergebnisse mit Vorläufigkeitscharakter begriffen werden. Gleichwohl sollten sie einen kleinen Beitrag dazu leisten, das weite Feld der „psycho-somatischen Kommunikation“ etwas genauer abzustecken.

A. THEORETISCHER TEIL

I. Darstellung des Kollusionskonzepts

1. Wissenschaftstheoretischer Hintergrund des Kollusionskonzepts

In seiner berühmten Arbeit „Die Zweierbeziehung“ legte Jürg Willi (1975) den Entwurf seines Kollusionskonzepts vor. Er unternahm darin den Versuch, die unterschiedlichen Konzeptionen von Psychoanalyse, Familientherapie und Kommunikationstherapie in einen übergreifenden Vermittlungsrahmen zu integrieren. Nach Auffassung des Autors stellt sein kollusionstherapeutischer Ansatz ein optimales Integrationskonzept für die genannten Schulrichtungen dar, das in der Lage ist, diese zu einem stimmigen Ganzen zu vereinen. Willi unternahm diese konzeptionelle Anstrengung vor allem deshalb, um für die psychotherapeutische Behandlung von Ehe- und Partnerkonflikten eine umfassende und tiefgreifende Methode zu erstellen. Denn er kam aufgrund seiner langjährigen psychotherapeutischen Praxis mit Partnerproblemen zu der Erkenntnis, daß die alleinige Anwendung entweder von psychoanalytischem oder von familientherapeutischem oder von kommunikationstherapeutischem Ansatz als Interventionemethode für diesen Indikationsbereich unzureichend sei. Die individualistische Perspektive der Psychoanalyse neigt tendentiell dazu, Partnerkonflikte kausal auf das neurotische Fehlverhalten von Einzelpersonen zurückzuführen, wodurch der Blick für das Ganze des partnerschaftlichen Bezugssystems verlorenzugehen droht. Die psychoanalytisch orientierte Familientherapie rückt zwar bei der Betrachtung von Paarkonflikten das interaktive Moment mit seiner unbewußten Tiefendimension mehr in den Mittelpunkt des Interesses, vernachlässigt aber nach Meinung des Autors den Systemcharakter einer Partnerbeziehung. Die kommunikationstheoretische Sichtweise interessiert sich hauptsächlich für die Erfassung einer Partnerschaft als eines ganzheitlichen Verhaltenssystems, in dem die Handlungsabläufe der beteiligten Konfliktpartner regelkreisartig aufeinander bezogen sind. Gleichzeitig verzichtet sie auf die Erklärung und Interpretation der unbewußten Motive und Konflikte von interagierenden Individuen, weil dies nach ihrer Meinung in den Bereich unwissenschaft-

licher Spekulation fallen würde (vgl. Watzlawick, Beavin und Jackson 1969). Von diesem Standpunkt distanziert sich wiederum der psychoanalytisch orientierte Therapeut, der den Kommunikations- und Systemtherapeuten - und das wohl mit Recht - in konzeptioneller Hinsicht behavioristische Reduziertheit und in therapeutischer Hinsicht die Nähe zur bloßen Verhaltensmanipulation vorwirft. (In diesem Zusammenhang sei auf die kontrovers geführten Diskussionen zwischen Systemtherapeuten und Psychoanalytikern hingewiesen, die gerade in der letzten Zeit an polemischer Schärfe zugenommen haben (vgl. Pohlen und Plänkner 1982; Stierlin 1983; Lüders 1983). Ungeachtet der Grenzmarkierungen und inhaltlichen Differenzen zwischen diesen drei Ansätzen kombinierte Willi in seinem Kollusionskonzept wichtige Aspekte von Psychoanalyse, Familientherapie und Kommunikationstherapie miteinander und versuchte sie in ein übergeordnetes Ganzes zu integrieren. Dazu der Autor: „Nach dem Konzept der Kollusionstherapie ist eheliches Verhalten eines Individuums zwar wesentlich von seiner persönlichen Vorgeschichte determiniert (genetischer Aspekt der Psychoanalyse); in seinem Manifestwerden ist eheliches Verhalten aber auch wesentlich vom verstärkenden oder dämpfenden Verhalten des Partners bestimmt (Kommunikationstheorie), wobei das verstärkende oder dämpfende Verhalten des Partners seinerseits wieder durch dessen persönlichen Hintergrund motiviert ist (Aspekt der frühen Familientherapie). Besonders verhängnisvoll muß sich auswirken, wenn eine ungünstige persönliche Entwicklungsbereitschaft durch eine gleichlaufende Tendenz von seiten des Partners aufgeschaukelt wird (...), das heißt, daß sich bei beiden Partnern eine gleichartige Grundstörung bezüglich des Ehekonfliktes nachweisen läßt, die sie aber in verschiedenen Rollen austragen. Die gleichartig gestörten Partner fördern sich gegenseitig in ihrem pathologischen Verhalten und spielen sich auf ein unbewußtes Arrangement, auf eine Kollusion ein.“ (S. 56)

Wie ist nun das Kollusionskonzept von seinem wissenschaftstheoretischen Status her gesehen einzuordnen? Betrachtet man diese Konzeption als ein wissenschaftliches Paradigma (vgl. Kuhn 1967, 1970a, b), so läßt sich die inhaltologische Struktur ihres theoretischen Aussagengefüges auf eine apriorische Komponente, nämlich den Struktur- oder Annahmekern, reduzieren (vgl. Stegmüller 1973; Herrmann 1974). Der Kollusionsbegriff wäre also in diesem Fall der Annahmekern der Konzeption, auf dem weitere theoretische Annahmen aufbauen bzw. aus dem diese abgeleitet werden. Dieser Strukturkern besteht wiederum aus zwei Komponenten, deren epistemologischer Hintergrund zum einen von der Systemtheorie (vgl. Guntern 1980) und zum anderen von der psychoanalytischen Theorie determiniert

wird. So gesehen, stellt das Kollusionskonzept ein eklektizistisches Aussagensystem dar, dessen konstitutionslogisches Fundament aus zwei grundverschiedenen wissenschaftlichen Paradigmata gebildet wurde, ohne daß dabei Fragen nach der inneren Konsistenz und der inhaltologischen Vermitteltheit des Syntheseprodukts gestellt worden wären.

Nun ist es nicht Aufgabe dieser Arbeit - und würde im übrigen auch ihren abgesteckten Rahmen sprengen - , über das Für und Wider von eklektizistischen Theoriesystemen zu diskutieren. Vielmehr soll an dieser Stelle mit Nachdruck betont werden, daß die Untersuchungsperspektive dieser Arbeit sich vorrangig auf den heuristisch-pragmatischen Aspekt bezieht und infolgedessen die wissenschaftstheoretische Detailanalyse anderen Untersuchungen überlassen werden soll.

2. Definition des Kollusionsbegriffs

Willi (1975) definiert das kollusive Beziehungsmuster zwischen Partnern als ein uneingeständenes, oft unbewußtes Zusammenspiel, das sie zur Abwehr und Bewältigung von miteinander geteilten Ängsten und Schuldgefühlen inszenieren und aufrechterhalten und durch das sie sich unentrinnbar aufeinander bezogen fühlen (S. 286). Dieses uneingeständene, voreinander verheimlichte Zusammenspiel fußt auf einem gleichartigen unbewältigten Grundkonflikt, der in verschiedenen Rollen ausgetragen wird, wodurch der Eindruck entsteht, der eine Partner sei geradezu das Gegenteil des anderen. In Wirklichkeit handelt es sich dabei um die polarisierten Varianten desselben „Grundthemas“. Die Verbundenheit im gleichartigen Grundkonflikt fördert in Partnerschaften beim einen Partner überkompensierend-progressive Selbsteilungsversuche, beim anderen Partner regressive Strebungen dieser Art. Willi schreibt: „Dieses progressive und regressive Abwehrverhalten bewirkt zu einem wesentlichen Teil die Anziehung und dyadische Verklammerung der Partner. Jeder hofft, von seinem Grundkonflikt durch den Partner erlöst zu werden. Beide glauben, in der Abwehr ihrer tiefen Ängste durch den Partner so weit gesichert zu sein, daß eine Bedürfnisbefriedigung in bisher nicht erreichtem Maße zulässig und möglich wäre“ (S. 60). Diese reziproken Heilerwartungen werden im partnerschaftlichen Alltag über kurz oder lang enttäuscht und scheitern auch auf die Dauer an der „Wiederkehr des Verdrängten“ bei beiden

Partnern, bei der die auf den Partner delegierten Selbst-Anteile in eigenen Selbst wieder hochkommen. Laing (1973) grenzte die Kollusion (heimliches Einverständnis) von der De-lusion (Wahnvorstellung), der Il-lusion und E-lusion (Ausweichen) ab. Die Kollusion ist nach seiner Auffassung ein Spiel der gegenseitigen Selbst-Täuschung, wobei es ein wesentlicher Grundzug des Spiels ist, nicht zuzugeben, daß es ein Spiel ist. Vielmehr ist der eine Partner bestrebt, im anderen die eigentliche Verkörperung seiner Projektionen zu finden, was zur Grundlage der komplementären Identität der Partner wird. Laing: „Kollusion wird immer dann endgültig erreicht, wenn man im Anderen jenen Anderen findet, der einen in dem falschen Selbst ‚bestätigt‘, das man real zu machen versucht, und umgekehrt. Dann steht einem anhaltenden gegenseitigen Umgehen der Wahrheit und wahren Erfüllung nichts mehr im Wege. Jeder hat einen Anderen gefunden, der ihm seine eigene falsche Vorstellung von sich selbst bekräftigt und diesem Eindruck den Schein von Realität verleiht“ (S. 87). Sobald ein solches Beziehungssystem das partnerschaftliche Selbstverständnis determiniert, beginnt ein Prozeß der „komplementären Schismogenese (vgl. Watzlawick et al. 1969), bei dem die Rollen der zusammenspielenden Partner einem progressiven Verselbständigungsprozeß unterworfen sind. Denn es liegt in der Natur komplementärer Beziehungen, daß die Selbstdefinition des einen Partners nur dadurch bewahrt werden kann, daß der Andere die ihm zugesonnene komplementäre Rolle spielt. In diesem Kontext sei auf Lidz' Begriff der ehelichen Asymmetrie (skew) (Lidz et al. 1957) und auf Schefflens Arbeit über das „gruesome twosome“ (Schefflen 1960) hingewiesen. Willi (1978) weist in seinem Buch „Therapie der Zweierbeziehung“ darauf hin, daß neurotische Partnerschaften (im Sinne von Kollusionen) nicht mit Partnerschaften von neurotischen Persönlichkeiten gleichzusetzen sind, weil keineswegs alle Neurotiker die Heilung oder Linderung ihrer Hemmungen und unbewältigten Konflikte vom Partner erwarten. Willi: „Eine Kollusion, das heißt ein im geheimen Einvernehmen inszeniertes Zusammenspiel von Partnern, ist in dem Maße neurotisch, als sie zu einer zwangsläufigen Bezogenheit der Partner aufeinander führt und keinem die Möglichkeit offenläßt, aus dieser Befangenheit auszusteigen“ (S. 35). Infolgedessen ergibt sich eine Kollusion nicht notwendigerweise aus der Partnerschaft von zwei Neurotikern, sondern nur dann, wenn gleichartige neurotische Beziehungsbereitschaften bei beiden Partner in Resonanzschwingung geraten. (Vgl. Dicks 1967; Bion 1971; Richter 1972; Heigl-Evers 1972, 1975; Boszormenyi-Nagy und Spark 1973).

2.1. Zusammenspiel von intraindividueller und interindividueller Balance

Im kollusiven Beziehungsgefüge spielen intraindividuelle und interindividuelle Balance beider Partner in spezifischer Weise zusammen. Die Bestimmung des partnerschaftlichen Interagierens eines Individuums durch seine psychische Infrastruktur und deren innere Dynamik (intraindividuelle Balance) steht in permanenter Wechselwirkung mit der des Partners (interindividuelle Balance). Intraindividuell gesehen, balancieren die Beteiligten zwischen dem bewußt gewollten Verhalten und ihrer unbewußten Erlebniswelt. Dem eindimensional-rigiden Rollenverhalten stehen gegenläufige Sehnsüchte und Wunschphantasien bedrohlich gegenüber, umgekehrt werden solchermaßen bedrängende Vorstellungen mit noch einseitigerem role-taking kontrapunktiert. Intersubjektiv betrachtet, werden die Kommunikationsprozesse und Erfahrungsweltender Partner von der gemeinsam getragenen Paardynamik um so mehr bestimmt, je stärker sie sich von der mitmenschlichen Umwelt abgeschottet haben und als weitgehend geschlossenes System bei psychischem Stress autonom bleiben wollen. Die intraindividuellen Balancen der Partner und die paardynamische Balance beeinflussen einander. Dazu Willi (1975): „Jeder fühlt sich in dem von ihm selbst angestrebten Abwehrverhalten vom Partner benötigt und gleichzeitig vor der Gefahr bewahrt, in die ängstlich vermiedene Gegenposition zu verfallen, da diese ja vom Partner aus eigener Motivation für sich beansprucht wird“ (S.167).

2.1.1 Progressives und regressives Abwehrverhalten

Die intime Paarbeziehung bietet den beteiligten Partnern vergleichbar mit der Eltern/Kind-Beziehung eine Fülle an Möglichkeiten, regressiv oder progressive (im Sinn von forciert-autonomen Verhalten) Verhaltensweisen auszuleben. In weitgehend gesunden Partnerschaften, deren Kommunikation sekundärprozeßhaften und realitätsorientierten Prinzipien folgt, gibt es immer wieder einmal Situationen, in denen die Partner partiell regredieren bzw. progredieren können, ohne daß deswegen soziale Sanktionen auf den Plan gerufen werden. Regressive Strebungen („Regression im Dienste des Ich“) des einen Partners korrespondieren mit tröstenden, unterstützenden Reaktionen des anderen Partners, Autonomie- und Autarkiebestrebungen (im progressiven Sinn) auf der einen Seite finden ihre Entsprechung im verständnisvollen Gewähren der anderen Seite. Diese verschränkte Perspektive

vermittelt dem Paar ein hohes Maß an Identität als Dualunion, was gerade deshalb für beide Partner so wohlthuend und befriedigend ist, weil sie epigenetisch gesehen an die frühkindliche Erfahrungswelt der „primären Ungeschiedenheit“ und an das ozeanische Gefühl der Geborgenheit im „extrauterinen Paradies“ anschließt. Nun ist nicht jedem Paar diese freischwingende Balance zwischen Regression und Progression gegeben, denn viele Partner verstehen es wegen ihrer neurotischen Ambivalenzen nicht, innerhalb ihrer Paarbeziehung regressive und progressive Tendenzen psychisch reif und flexibel zu handhaben. Wenn ein Individuum im Rahmen seiner psychosexuellen Entwicklungsgeschichte entsprechenden phasenspezifischen Neurotisierungsmechanismen ausgesetzt war (sei es im Sinne von Entwicklungsarretierungen der frühesten Kindheit mit Verzerrungen der Ich-Organisation und der Selbstkohäsion im Gefolge, was nach Mahler (1975) einem Subphasendefizit gleichkäme, sei es im Sinne einer psychoneurotischen Konfliktbildung in späteren Phasen der Epigenese), wird es je nach Zeitpunkt und Ausprägungsgrad dieser Störungen dazu neigen, diese neurotische Fehlhaltung rollenbezogen zu fixieren und somit partnerschaftlich zu funktionalisieren. Das heißt, es wird durch sein spezifisches role-taking innerhalb der Partnerschaft sowohl die Impulseite als auch die Abwehrseite seiner neurotischen Ambivalenz zu organisieren versuchen. So erwarten manche Menschen einseitig von ihren Partnern die fortdauernde Erfüllung ihrer regressiven Bedürfnisse nach immerwährendem Verständnis, permanenter Zuwendung und ständiger Bedürfnisbefriedigung, wehren aber zugleich Anforderungen an ihre Person hinsichtlich mehr Autonomie und Selbstverantwortung ab. Umgekehrt überfordern sich viele in ihrem selbstauferlegten Anspruch auf Überlegenheit und Gefühlskontrolle, Charakterstärke und Machertum. Mit ihrer überkompensierenden Haltung des forcierten „Reifseins“ versuchen sie gegenläufige Wunschvorstellungen unbewußter Natur, die Schwäche und Bedürftigkeit als erlaubte Persönlichkeitszüge zum Inhalt haben, abzuwehren.

2.1.2 Progressive und regressive Beziehungsposition

Diese durch Rollenübernahme fixierten und auf diese Weise für die Partnerschaft funktionalisierten Fehlhaltungen stellen neurotische Abwehrhaltungen dar, die nach der dichotomen Klassifikation von Willi in regressive und progressive Beziehungspositionen einzuteilen sind. Dabei wird die regressive Beziehungsposition von dem Partner eingenommen, dessen psychisches Organisationsniveau auf infantile Erlebens- und Verhaltensmuster zurückgefallen ist, während der Partner in der progressiven Beziehungsposition alles daransetzt, mit überkompensierenden Verhaltensweisen seine regressiven Sehnsüchte zu überspielen.

Willi dazu: „Ein wesentliches Kriterium gesunder Beziehungsfähigkeit sehe ich in der Flexibilität, in der ein Individuum je nach partnerschaftlicher Situation die progressive oder die regressive Position einnehmen kann, oder negativ ausgedrückt, als wesentliches Kriterium für eine störungsanfällige Beziehungsfähigkeit sehe ich die Starre und Ausschließlichkeit, mit der sich jemand an eine der progressiven oder regressiven Extremformen klammert“ (S.164). Beispielsweise hätte in einer narzisstischen Kollusion der Partner in der regressiven Beziehungsposition das Bedürfnis, sich ganz für den anderen aufzugeben und mit ihm eins zu sein, während der Inhaber der progressiven Beziehungsposition für seinen Partner das angehimelte Idol verkörpern und unter dessen Anbetung über sich hinauswachsen will. In der oralen Kollusion will der regressive Part ganz „Pflebling“ sein, der progressive Part wird sich in der Rolle der idealen Mutter aufopfern wollen. In der analen Kollusion möchte sich der Partner in der regressiven Beziehungsposition opferbereit-passiv den Führungsambitionen und Autonomieansprüchen unterwerfen, die das progressive Pendant auszuleben sucht. Schließlich würde in der phallisch-ödipalen Kollusion die regressive Position von einem Partner eingenommen, der sich mit einer passiv-„femininen“ Haltung bescheidet, hingegen der Partner in der komplementären Beziehungsposition würde alles daran setzen, als der agile und erfolgreiche Tatmensch glänzen zu können.

2.1.3 Einigung auf das „gemeinsame Unbewußte“

Jede Partnerschaft basiert in je unterschiedlichen Ausprägungsgraden auf gemeinsamen, miteinander geteilten unbewußten Grundhaltungen und -annahmen. Dieses Konglomerat an ineinander verzahnten gemeinsamen Vorstellungen und unbewußten Phantasien, geheimen Sehnsüchten und unausgesprochenen Wünschen bildet das emotionale Fundament partnerschaftlicher Attraktion, gegenseitiger Gebundenheit und im neurotischen Fall der Paarbildung die Grundlage des kollusiven Paarkonflikts. Droht dem dyadischen Unbewußten von seiten extradyadischer Einflüsse oder von seiten interindividueller Balancierungsfehler die Infragestellung als Beziehungsklammer, setzen die Partner diesen destabilisierenden Faktoren einen gemeinsamen Widerstand entgegen. Die gemeinsamen unbewußten Grundannahmen (vgl. Bion 1971; Argelander 1972) entwickeln vor allem in konfliktreichen Zweierbeziehungen quasi hinter dem Rücken der vermeintlich bewußt-vernünftig handelnden Interaktionspartner eine eigengesetzliche Dynamik, welche dem freien Spiel kommunikativen Erfahrungsaustausches reduktiv Grenzen setzt im Sinn einer kollusiven Beziehungsstruktur mit komplementärer oder symmetrischer Rollenverteilung. Das unausgesprochene Verständigtsein der interagierenden Partner auf das dyadische Un-

bewußte verbindet die Kollusionspartner in einer stillschweigenden „Komplizenschaft“ (vgl. Wachtel 1977), wo sie jenseits des Lustprinzips übergreifenden Motiven der Selbstkohäsion (vgl. Sandler 1982) in Form eines reziprok angelegten unbewußten Vollzugszwanges projektiver Art Genüge zu leisten versuchen.

2.2. Die kollusive Beziehungs spirale

2.2.1 Kollusion der Partnerwahl

Zum Thema ‚Partnerwahl‘ und zu den dazu führenden Handlungsmotiven und Erwartungshaltungen liegen im einschlägigen Schrifttum zahlreiche Untersuchungsergebnisse vor, die zum Teil widersprüchlich sind und keine einheitliche Gesetzmäßigkeit oder Regelmäßigkeit erkennen lassen. Der Nachweis homogamer Partnerwahl ist dann statistisch signifikant, wenn man als Außenkriterien z.B. Klassen- und Rassenzugehörigkeit, ethisch-moralische Werthaltungen, Grundeinstellungen zu Religion und Weltanschauung usf. heranzieht. Die Erklärung dieses Phänomens liegt auf der Hand: Die Wahrscheinlichkeit und Chance, einen Partner fürs Leben kennenzulernen, ist wohl in derselben sozialen und beruflichen Gesellschaftsschicht am größten. Weitaus schwieriger ist der Nachweis eines ganz bestimmten Partnerwahlmodus, wenn man als Vergleichskriterien Persönlichkeitsmerkmale wählt. Auch in der Fachliteratur liegen hierzu unterschiedliche Untersuchungsergebnisse vor. Grundsätzlich wird zwischen dem homogenen und dem heterogenen Partnerwahlmodus unterschieden. Bei der Homogamie gilt das Partnerwahlmotto: „Gleich und gleich gesellt sich gern.“ Bei der Heterogamie verfahren die Partner nach dem Grundsatz: „Gegensätze ziehen sich an.“ Als Grundlage einer Partnerwahl nimmt Winch (1958) eine Bedürfniskomplementarität der Partner an, Slater und Woodside (1951) favorisieren die Gleichheitshypothese (assortative mating), andere Autoren weisen in ihren Untersuchungen nach, daß bei Ehepartnern häufiger gleichartige psychische Störungen vorliegen (vgl. Penrose 1944; Nielsen 1964) bzw. eine Konvergenzzunahme der Partnerpsychopathologie mit zunehmender Dauer der Ehen festzustellen ist (vgl. Kreitman et al. 1971).

Nach Willi müssen die Gleichheits- und die Gegensätzlichkeitshypothese einander nicht ausschließen, weil es sich dabei nach seiner Ansicht nur um die diametralen Pole des identischen Partnerwahlmodus handelt, nämlich: „Gegensätzlichkeiten vom Gleichen ziehen sich an.“ Dazu Willi (1975): „Das in Betracht gezogene Kollusionsthema beschäftigt jeden der beiden Partner in seiner progressiven und regressiven

Form, aber im partnerbezogenen Verhalten zeigt oft der eine Partner nur die progressive und der andere nur die regressive Seite der gleichen Thematik. Hilfsbereitschaft kann aus Hilfsbedürftigkeit herrühren, Unterwürfigkeit einer geheimen Machtausübung entsprechen oder auf die Spitze getriebene Weiblichkeit den Mann depotenzieren. Je nach Untersuchungsmethode können sich somit Gegensätze oder Gleichheiten im Verhältnis der Partner zueinander zeigen" (S.181).

2.2.2 Von der Kollusion zum Paarkonflikt

Durch die Einigung auf ein kollusives Beziehungsmuster und die damit einhergehende funktionelle Aufteilung der partnerschaftlichen Interaktionsstruktur in komplementäre Rollen und Aufgabenbereiche entsteht eine eng verzahnte Dyade, deren unbewußtes Getriebe von der systematischen Verdrängung von Verhaltenmöglichkeiten des einen Partners und der stellvertretenden Übernahme derselben durch den anderen Partner lebt. Diese gegenseitige Ergänzung im gemeinsamen partnerschaftlichen Selbst als Dualunion wird aber dort bald in Frage gestellt oder sogar erschüttert, wo in der Routine des Alltagslebens der einzelne Partner wieder auf sich allein gestellt und auf sein individuelles Selbst zurückgeworfen ist. Mithin verliert der kollusive Schutzschild seine Bedeutung, der Stellenwert des gemeinsamen Selbst als kollusiv geschlossener Union wird relativiert. Die ins Unbewußte verdrängten und abgespaltenen Aspekte des eigenen Selbst kehren wieder sukzessive ins Bewußtsein der Akteure zurück und gefährden immer mehr die kollusionsvermittelte interindividuelle Balance. Der Partner in der regressiven Beziehungsposition fühlt sich zusehends durch das Kontroll- und Dominanzverhalten des Progressiven gekränkt, während er weiterhin Ich-Funktionen und Selbst-Aspekte wie etwa Führung, Entscheidung, Schutz und Verantwortung auf den Partner delegiert. Umgekehrt frustriert es den Partner in der progressiven Beziehungsposition im Laufe der Zeit immer mehr, der unablässigen Ansprüchlichkeit und Erwartungshaltung des Regressiven Genüge leisten zu müssen, ohne dabei selbst einmal partiell regredieren zu dürfen. Aber anstatt sich reflexiv mit seinen mühsam abgewehrten regressiven Persönlichkeitsanteilen auseinanderzusetzen, delegiert der Progressive seine unbewußten Versorgungsansprüche, Passivitätswünsche und Sehnsüchte nach sofortiger Triebbefriedigung weiterhin auf den regressiven Partner. Dazu Willi (1975): „Die tiefere Ursache liegt also darin, daß beide Partner sich weder mit den eigenen verdrängten Persönlichkeitsanteilen noch mit denjenigen des Partners auseinandersetzen wollen. Die Weigerung, sich

mit dem Unbewußten zu befassen, erzeugt Schuldgefühle, die in der Ehe auf den Partner projiziert werden, der für das eigene Fehlverhalten haftbar gemacht wird. [...] Das Fehlverhalten des einen wird zum Alibi für das Fehlverhalten des anderen. Die Partner halten sich im kollusiven Interaktionszirkel gefangen" (S.174). Die kollusive Beziehungs spirale dreht nun unweigerlich über die Stadien Kollusion (im Sinn eines reziproken Abwehrrangements), Wiederkehr des Verdrängten, narzißtische Kränkung mit reaktiver Verstärkung des Abwehrverhaltens und neuerlicher Wiederkehr des Verdrängten eskalatorisch durch. In so einem Teufelskreis fixiert das übersteigerte Rollenverhalten des einen Partners den anderen im komplementären Gegenverhalten und über die projektive Verfolgung der verdrängten und unterdrückten Teile des Selbst beim Partner erfolgt der Kurzschluß zum manifesten Paarkonflikt.

2.2.3 Auflösung oder Neukalibrierung der kollusiven Beziehung

In der Beziehungskrise setzen sich die betroffenen Partner unter starken psychischen Streß. Enttäuschungsfrustration, narzißtische Kränkung und intolerante Vorurteilhaltungen der Akteure beherrschen die Interaktionszene. Die unbewußte Interaktionsdynamik des Paares, nämlich eine über komplementäre Rollenverteilung vermittelte Abwehrformation im Dienst des kollusiven Selbstheilungsversuchs, gerät immer mehr aufgrund der geschwächten Abwehr und einer damit einhergehenden Intensivierung der Wiederkehr verdrängter Wunschvorstellungen aus der Fassung. Da die Konfliktfähigkeitskompetenzen der Partner schon a priori nicht sonderlich ausgeprägt sind, führen derartige Auseinandersetzungen in der Regel zu defizitären Formen der Problemlösung: entweder zu einer Runderneuerung und Intensivierung der kollusiven Verstrickung oder zur Verweigerung des kollusiven Brückenschlages mit konsekutiver Degeneration der Paarbeziehung bzw. Trennung der Partnerschaft. Im ersten Fall suchen die Partner die kollusive „Homöostase“ durch negative Rückkoppelungsmechanismen und eine Neukalibrierung des komplementären Rollenverhaltens auf einem veränderten Niveau zu erreichen (vgl. Watzlawick et al. 1969, S.134 ff.), im anderen Fall führt die Weigerung eines Partners, die kollusiven Funktionsprinzipien wie etwa klare Abgrenzung nach außen und Rollenverteilung nach dem Muster regressiv-progressiver Beziehungspositionen weiterhin mitzutragen, zur Entmischung der Kollusion und schließlich zur Auflösung des gemeinsamen Selbst (vgl. Willi 1975, S.177). Das Verhalten der Partner ist nicht mehr kollusiv austariert, das komplementärneurotische Beziehungsgeflecht ist auspendiert.

Meist unter Einbeziehung von Drittpersonen in den Konflikt wird die bis dann geschlossene Beziehungsdyade geöffnet, und der Ausstieg aus der Kollusion kann erfolgen.

3. *Die vier Grundmuster des kollusiven Beziehungsmodus*

Im Gegensatz zu Laing (1969) postuliert Willi (1975) für die Herstellung einer Kollusion eine lebensgeschichtlich gewachsene Disposition der beiden Partner im Sinn einer reziproken neurotischen Reaktionsbereitschaft. Dabei ist unter Kollusion kein schicksalhafter Prozeß zu verstehen, der die nichtsahnenden Partner heimsucht, sondern „eine Kollusion ergibt sich, wenn gleichartige neurotische Beziehungsbereitschaften bei beiden Partnern in Resonanzschwingung geraten“ (S.190). Laing betont hingegen vor allem den funktionalen Aspekt der Vermeidung von Schuldgefühlen, weshalb Menschen dieses Spiel der gegenseitigen Selbst-Täuschung eingehen: „Wenn man Kollusion verweigert, fühlt man sich schuldig, weil man nicht die Verkörperung des vom Anderen für seine Identität benötigten Komplements ist oder wird. Gibt man tatsächlich nach, läßt man sich tatsächlich dazu verleiten, wird man seinem eigenen Selbst entfremdet und macht sich deshalb des Selbst-Verrats schuldig“ (vgl. Laing 1969, S.86).

Willi (1975) skizziert in seinem Buch vier grundlegende Kollusionsmuster, mit denen das Verhalten von Partnern in schwer gestörten neurotischen Paarbeziehungen idealtypisch beschreibbar ist. Er stützt sich dabei sowohl auf die Wissensbestände der psychoanalytischen Entwicklungslehre als auch auf seine eigenen Erfahrungen und empirischen Erkenntnisse, die er aus der psychotherapeutischen Behandlung konfliktbeladener Zweierbeziehungen ableiten konnte: „In der therapeutischen Praxis fielen mir vor allem vier Grundthemen auf, die ich als Kollusionsmuster darstellen möchte. Diese Grundthemen decken sich weitgehend mit den Themen der frühkindlichen Entwicklungsstufen, wie sie von der Psychoanalyse herausgearbeitet wurden, und sollen deshalb auch nach diesen benannt werden“ (S.61). Der Autor unterscheidet diese Grundmuster des unbewußten Zusammenspiels der Partner mit ihren jeweiligen spezifischen Charakteristika wie folgt:

1) Das narzißtische Beziehungsthema.

Hierbei handelt es sich um konkrete Problemstellungen und unterschwellige Konfliktstoffe, die um das zentrale Motto „Liebe als Einssein“ kreisen. Jeder der beiden Partner wird sich je nach Rollenverteilung und Beziehungsposition innerhalb der

Partnerschaft mit Aspekten wie Nähe versus Distanz oder Verschmelzung versus Abgrenzung auseinandersetzen müssen. Fragen nach dem erforderlichen Maß an Selbstaufgabe für den Partner oder der Bewahrung eigener Autonomie innerhalb der Partnerschaft erlangen große Bedeutung.

2) Das orale Beziehungsthema.

Das orale Beziehungsthema befaßt sich hauptsächlich mit der Frage, inwieweit man sich nährend und pflegend um den Partner zu kümmern hat und in welchem Ausmaß man selbst Ansprüche auf Hilfe und Unterstützung von seiten des Partners erheben darf, ohne dafür eine adäquate Gegenleistung erbringen zu müssen. Das zentrale Motte ist hier „Liebe als Umsorgtwerden“, um das sich die partnerschaftlichen Beziehungsschwierigkeiten in Gestalt stiller Sehnsüchte, Befürchtungen und Irritationen drehen. Die Dialektik von passivem Umsorgtsein und aktivem Helfertum ist hier ins Gespräch gebracht und bestimmt die Interaktionsszene des Paares maßgeblich.

3) Das anal-sadistische Beziehungsthema.

Dieses Thema behandelt unter dem Leitspruch „Liebe als Einander-ganz-Gehören“ Gesichtspunkte, die sich auf Besitz- und Führungsansprüche innerhalb einer Partnerschaft beziehen. In welchem Umfang darf ich der bestimmende Führer sein, dem der Partner willig zu folgen hat, und inwieweit kann ich mich auf eine passive Abhängigkeit vom Partner einlassen, ohne daß dies von ihm ausgenützt wird? Oder sind meine Kontrollbedürfnisse und Besitzansprüche dem Partner gegenüber angemessen, bzw. muß ich nicht vielmehr dafür Sorge tragen, daß seine autonomen Bereiche unangetastet bleiben? Solche Fragen akzentuieren die Beziehungskonflikte, die im Beziehungsthema der Autonomiephase (vgl. Willi 1975, S. 62) virulent sind und zu massiven Ängsten und Schuldgefühlen bei entsprechend gestörten Zweierbeziehungen führen können.

4) Das phallisch-ödipale Beziehungsthema.

Dieses Thema kreist um die Frage, inwieweit vom einzelnen Partner die Zweierbeziehung als Plattform für phallisch-narzißtische Bestätigungen in Dienst genommen werden darf. Auf seiten der Frau stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß sie „maskuline“ Kompetenzen entwickeln darf, ohne zugleich ihren Partner in seiner rollenspezifischen Erwartungshaltung als Mann zu düpieren. Ihr Partner hingegen hat sich im Kontext des Leitthemas „Liebe als männliche Bewährungsprobe“ kritisch mit der Frage auseinanderzusetzen, welchen Grad an maskuliner Stärke er ausleben darf beziehungsweise in welchem Umfang er sich auch feminine Attitüden erlauben darf, ohne deshalb gleich von seiner Partnerin abgelehnt zu werden.

Die narzißtische Kollusion wird nach Auffassung von Willi (1975) in der Regel von einem Narzißten (schizoider Narziß oder phallisch-exhibitionistischer Narziß) und einem Komplementärnarzißten aufrechterhalten. Der Partner in der progressiven Beziehungsposition strebt unbewußt nach der Verkörperung des Ideal-Selbst seines Pendants und verdrängt zugleich seine fremdbestimmten Selbstanteile, die er dem Partner in der regressiven Beziehungsposition delegiert. Dieser wiederum schließt den kollusiven Interaktionszirkel durch die Suche eines Ersatz-Selbst im Partner bei gleichzeitiger Verdrängung und Delegation des Anspruchs auf ein eigenes Ideal-Selbst kurz. Die unbewußte Beziehungsklammer der narzißtischen Kollusionsadyade ist das gemeinsame Trachten nach paradiesischer Urharmonie und idealer Verschmelzung, wobei Irritationen oder Infragestellungen dieses unerklärten Wunschziels durch andere auf den gemeinsamen Widerstand des Paares treffen. Trotzdem entdecken beide über kurz oder lang die Unmöglichkeit der Realisierung dieser phantasierten Dualunion, was beide Partner mit Enttäuschungswut und Haß erfüllt. Sosehr sie sich auf der einen Seite nach dem Einswerden in der Symbiose sehnen, so sehr ängstigt sie auf der anderen Seite die Vorstellung des Aufgehobenseins der Selbstgrenzen in der dyadischen Verschmelzung. Und deshalb sind im narzißtischen Kollusionsmodus gegenseitige Kränkungen und Verletzungen der Partner an der Tagesordnung, die dadurch die drohende Selbst-Auflösung in der narzißtischen „Unio mystica“ abzuwehren versuchen (vgl. Willi 1976, S. 280 ff.).

Die orale Kollusion basiert auf der gemeinsamen Grundphantasie der Mutter/Kind-Symbiose mit den Dimensionen Pflegen und Gepflegtwerden. Liebe wird im Beziehungsfeld der oralen Kollusion als Inbegriff des Einander-Umsorgens gesehen. Der Partner in der regressiven Beziehungsposition begreift sich als „Pflegling“ mit dem unbefriedigten Anrecht auf orale Verwöhnung und unablässige Bedürfnisbefriedigung seiner oralen Ansprüche, wobei er die selbständige Ausübung von Mutterfunktionen verdrängt und dem Partner in der progressiven Beziehungsposition delegiert. Dieser sieht seine Hauptaufgabe in der Ausübung von Mutterfunktionen. Als „Mutter“ wehrt er ängstlich eigene orale Ansprüche und Bedürfnisse ab und delegiert diese auf den Partner, womit sich der kollusive Interaktionszirkel nach folgender Formel schließt: „Pflegling“ fixiert mit seiner oral-regressiven Hilfsbedürftigkeit „Mutter“ in der oral-progressiven Pflegehaltung und vice versa. Wie in jedem kollusiven Beziehungsarrangement ergänzen sich auch hier die Partner in ihrer Abwehr. Dazu Willi (1975): „Der ‚Pflegling‘ muß sich um die Konstanz der Bedürfnisbefriedigung keine Sorgen machen, weil er spürt, daß ‚Mutter‘ diese Aufgabe nicht nur ihm zuliebe übernimmt, sondern damit eigene Anliegen zu erfüllen vermag. ‚Mutter‘ muß sich vom ‚Pflegling‘ ebenfalls nicht gefährdet fühlen, weil sie spürt, daß dieser sich nicht einfach ihrem Pflegeanspruch beugt, sondern selbst ängstlich um den Verlust der pflegerischen Zuwendung bangt.“ (S. 98) Vordergründig betrachtet, finden sich hier zwei

Partner mit komplementären Bedürfnis- und Abwehrformationen nach dem Schlüssel/Schloß-Prinzip zu einer harmonischen Ergänzungsgemeinschaft, wobei die Regression des einen in Interdependenz mit der Progression des anderen die temporäre Stabilität des kollusiven Beziehungssystems ermöglicht. Bald aber schlägt diese Scheinidylle zum oralen Paarkonflikt um. „Pflegling“ schraubt seine orale Ansprüchehaltung immer höher, weil er aufgrund seiner individualneurotischen Erfahrungsgeschichte über die „Wiederkehr des Verdrängten“ von früheren Zweifeln heimge sucht wird, ob der Partner mit seinem Pflegeverhalten überhaupt den Vorstellungen von einer Ideal-Mutter entspricht oder ob sich nicht dahinter vielmehr das oral frustrierende „böse“ Mutter-Objekt verbirgt. Außerdem stellt für ihn die Schuldnerposition des Nehmenden eine permanente narzißtische Kränkung dar, zumal er „Mutter“ nichts Gleichwertiges bieten kann, was seinerseits zu Selbstwertdysregulationen führt. Aber auch der Partner in der progressiven Beziehungsposition hat seine spezifischen Probleme. Zum einen droht immer die Gefahr der eigenen Regression auf das Pfleglingenniveau, verbunden mit der so gefürchteten Abhängigkeitsbildung. Zum andern neidet „Mutter“ dem „Pflegling“ seine orale Unersättlichkeit immer mehr, was bei ihr reaktiv zu einer Verstärkung des Anspruchs auf Gratifikation und Bestätigung ihrer Dienstleistungen führt. Auf diese Weise scheitert der kollusive Selbstheilungsversuch unweigerlich an der Unterminierung des komplementären Abwehrrangements durch die Wiederkehr verdrängter und delegierter Selbst-Anteile der Partner, derentwegen die Kollusion ursprünglich hergestellt worden ist.

Die anal-sadistische Kollusion stellt nach Willi nach wie vor die häufigste Form von Beziehungskonflikten in unserem Kulturraum dar, wenngleich der anale Charakter als häufigste Charakterstruktur der Mittel- und Oberschicht in jüngster Zeit von einem neuen Typus von Sozialisationscharakter abgelöst zu werden scheint, der quasi passend zur „sozialpsychologischen Signatur des Zeitalters“ (vgl. Habermas 1968) als narzißtische Persönlichkeitsstörung oder Frühstörung imponiert (vgl. de Boor 1968; Morgenthaler 1974; Friedman 1975; Ziehe 1975; Strzyz 1978; Kohut 1979 u.v.a.). Das Interaktionsgeschehen in der anal-sadistischen Kollusion (als Spielarten davon nennt Willi die „Herrscher-Untertanen“-Kollusion, die sado-masochistische Kollusion und die „Eifersuchts-Untreue“-Kollusion) steht unter dem Motto „Liebe als Einander-ganz-Gehören“. Die progressive Beziehungsposition wird in der Regel von einem anal-strukturierten Partner eingenommen, der als „autonomer Herrscher“ die Bewegungsfreiheit seines Partners weitgehend einschränkt und von ihm bei Verdrängung und Delegation eigener Trennungsängste und Abhängigkeitswünsche absolute Gefolgschaft fordert. Der eher passiv-anale Charakter tendiert mehr zur regressiven Beziehungsposition, wo er als „heteronomer Untertan“ sich einer passiven Abhängigkeit hingibt und zugleich seine eigenen Autonomie- und Dominanzansprüche verdrängt und auf den

Partner delegiert. Auch hier erfolgen alsbald aufgrund der Wiederkehr mühsam verdrängter Selbst-Anteile und des spezifischen individualneurotischen Hintergrunds der einzelnen Partner der kollusive Einbruch und der Umschlag zum manifesten Paar-konflikt. Aus Angst vor der eigenen Regression und vor der Dekuvrierung von eigenen Ängsten und Wunschvorstellungen durch den anderen verstärken die Partner ihr ursprüngliches - im Dienst der Abwehr stehendes - Verhalten, überhöhen es schließlich bis ins Absurde und provozieren mithin zwangsläufig den offenen Konflikt. Der „autonome Herrscher“ neigt dazu, seinen unterdrückten Partner noch mehr zu dominieren, aus der Angst, seinen eigenen Abhängigkeitswünschen sonst anheimzufallen. Umgekehrt wird sich der „heteronome Untertan“ immer mehr den Machtansprüchen seines Partners passiv entziehen, nachdem er dessen Abhängigkeit von seiner Untertanenhaltung entdeckt und damit die Manipulierbarkeit dieser Herrschaftsattitüde erkannt hat.

Das zentrale Beziehungsthema in der phallisch-ödipalen Kollusion ist nach Willi (1975) die „Liebe als männliche Betätigung“. Häufig liegen bei beiden Partnern unverarbeitete inzestuöse Sehnsüchte und Konflikte mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil vor, im gleichgeschlechtlichen Elternteil hatten sie meist kein ausreichendes Identifikationsobjekt und somit auch kein geeignetes Vorbild für eine suffiziente Geschlechterrollenidentifikation. Im kollusiven Interaktionszirkel rivalisieren die Partner um die Besetzung der durch soziokulturelle Normen und Wertedefinitionen vermittelten sogenannten „männlichen Rolle“. Jenseits der biologisch-konstitutionellen Differenzen zwischen Mann und Frau geht es hier um das Aushandeln einer durch gesellschaftliche Rollenzwänge und Erwartungshaltungen determinierten männlich-weiblichen Funktionsteilung innerhalb der Partnerschaft. Willi beschrieb schon in früheren Arbeiten (vgl. Willi 1970; 1972) am Beispiel der hysterischen Ehe das kollusive Agieren zwischen Hysterika und hysterophilem Mann, wo neben oral-narzisstischen Beziehungstörungen vor allem phallisch-ödipale Kollusionsmuster im Vordergrund des Kommunikationsgeschehens stehen. In der phallischen Kollusion strebt der Partner in der progressiven Beziehungsposition nach permanenter Bestätigung seiner „maskulinen“ Potenz. Zugleich verdrängt er seine „passiv-femininen“ Wunschimpulse und delegiert die Erfüllung dieser geheimen Sehnsüchte auf seinen Partner. Der Partner in der regressiven Beziehungsposition akzeptiert die ihm zugedachte „passiv-feminine“ Rolle, wobei er seinerseits phallische Impulse und Potenzansprüche verdrängt und diese dem Partner delegiert. Schon bald aber wird dieses prima vista stimmig erscheinende kollusive Abwehrarrangement an der - wie oben schon beschrieben - konfliktuösen Beziehung beider Partner zum „maskulinen“ role-taking scheitern. Der Partner in der „feminin“-regressiven Rolle erträgt seine Unterprivilegiertheit zunächst durch narzisstische Selbst-Bespiegelung und Identifikation mit der phallischen Potenz seines Pendants. Im alltäglichen Interaktions- und Erfahrungsaustausch machen sich jedoch die verdrängten und dem Partner delegierten

Wunschvorstellungen wieder bemerkbar. Alte Rache- und Kastrationsphantasien werden reaktualisiert und schüren die neurotische Ambivalenz zwischen der Sehnsucht nach einem potenten Partner und der Ablehnung eines solchen als Identifikationsobjekt und Projektionsvorlage. Der Partner in der „maskulin“-progressiven Rolle ist wegen seines eigenen unbewältigten Ödipuskonfliktes und der daraus hervorgehenden Geschlechtsrollen-identifikationsstörungen zu einer durchgängig phallisch-aggressiven Rollenausübung nicht in der Lage. Seine unbewußten Potenzängste lassen im Sinn einer Kompromißbildung vorrangig nur „chevalereske“ Beziehungsformen mit dem Partner zu. Sexualität wird vom Partner lizenziert und reguliert. Auf diese Weise werden zwar seine Potenzängste auf ein für ihn erträgliches Maß reduziert, zugleich begibt er sich aber in die Abhängigkeit von einem Partner, dessen Bestätigungen und Unterstützungen der eigentliche Motor seiner Potenzentfaltung sind. Entfällt diese spezifische partnerschaftliche Zuwendung (was ja aufgrund des Ambivalenzkonfliktes des Partners in der regressiven Beziehungsposition der Fall ist), so wird er notwendigerweise über kurz oder lang dekompensieren. Der kollusive Abwehrriegel wird angesichts dieser Konstellation durchbrochen, und es erfolgt der Umschlag in den manifesten Partnerkonflikt. Dazu Willi (1975): „Lautete der Interaktionszirkel bei der Partnerwahl vom Mann aus: ‚Ich werde so potent, weil du mich so bestätigst‘, und von der Frau her: ‚Ich kann dich so bestätigen, weil du durch mich so potent wirst‘, so lautet der Interaktionszirkel im Paarkonflikt vom Mann aus: ‚Ich bin so impotent, weil du mich so kastrierst‘, und von der Frau her: ‚Ich kastierte und verachte dich so, weil du so ein impotenter Waschlappen bist.‘“ (S.153)

Zusammenfassend sei an dieser Stelle nochmals vermerkt, daß Willi mit seinen vier Kollusionsmustern keine Krankheitseinheiten im Sinne nosologischer Entitäten versteht. Sie stellen vielmehr „vier dynamische Grundprinzipien“ (1975, S.159) dar, die spezifische Konfliktmuster in Paarbeziehungen mit ihren typischen Strukturmerkmalen auf den Begriff zu bringen versuchen. Dazu der Autor (1975): „Das Anliegen des Kollusionskonzeptes ist, einen Beitrag zur differenzierteren Sicht von Ehekonflikten zu leisten und nicht zu deren Schematisierung und Schablonisierung. Die Kollusionsmuster sollen Orientierungshilfen sein und nicht den Charakter eines Pflanzenbestimmungsbuches oder eines Kochbuches haben. Sie sollen helfen, in der Ehepaartherapie thematische und dynamische Akzente zu setzen.“ (S.161)

II. Psychosomatisches Sozialisations- und Persönlichkeitsprofil

1. Allgemeines psychosomatisches Strukturprofil

1.1 Objektbeziehungstheoretischer Aspekt

Die Objektbeziehungen psychosomatisch Kranker sind in der Fachliteratur bereits ausführlich beschrieben worden, wobei die inhaltlichen Darlegungen je nach zugrunde gelegtem psychosomatischem Erklärungsmodell unterschiedliche Akzente setzen. So stellten z.B. Overbeck und Biebl (1975) in ihrer Arbeit einen Überblick über die Objektbeziehungsformen bei Ulcuskranken vor, so, wie sie von verschiedenen Autoren mit unterschiedlichen Modellvorstellungen zur Psychosomatogenese gesehen werden. Nach Alexander (1935), Glatzel (1947) und Schwidder (1961) sind die Objektbeziehungen von Ulcuskranken entsprechend ihrer Fixierung auf der oralen Libidostufe von Ansprüchlichkeit, Neid, aggressiver Spannung und parasitischer Rezeptivität geprägt. Klein (1955) und Cremerius (1957) sehen aus libidotheoretischer Perspektive beim Psychosomatiker im Vordergrund des Interaktionsgebarens hypochondrisch gefärbte Klagen aufgrund des Rückzugs von Objektlibido auf das eigene Ich. Die französischen Autoren Marty, de M'uzan und David (1963) und Stephanos (1974) beschreiben das formalistische Interaktionsverhalten, die sterile Gesprächsatmosphäre, den banalen Wort austausch und den verdinglichten Kontakt als pathognomonisch für die psychosomatische Objektbezugnahme und erklären diese Beziehungsleere als Folge mechanisierter Objektbeziehungen und der Neigung psychosomatischer Patienten zur „projektiven Reduplikation“ im Kontakt mit Bezugspersonen. Mitscherlich (1966) und Brede (1971) haben am psychosomatischen Kommunikations- und Interaktionsverhalten die Tendenz zur psycho-sozialen Unauffälligkeit und Verhaltensnormalität sowie eine auffällige Überangepasstheit hervor, so daß die psychosomatische Symptombildung als komplettierende und zugleich selbstdestruktive Anpassungsleistung im Sinn einer sozialisations-spezifischen Verhaltensstrategie erklärt wird, womit der psychosomatisch Kranke - ganz im Gegensatz zum psychoneurotischen Patienten - der gesellschaftlichen Erwartungshaltung gegenüber dem Rollenhandeln Kranker am meisten nachkommt.

Zepf (1976a) betont die anaklitischen bzw. narzißtischen Objektbeziehungen bei psychosomatisch Kranken (S. 38 ff.). Diese Beziehungen zeichnet eine hochgradige Ambivalenz zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit aus. Auf der einen Seite bestehen massive Anklammerungstendenzen gegenüber einer „key-figure“, mit der zur

Abwehr der inneren Desintegrationsgefahr das „ozeanische Gefühl einer symbiotischen Dualunion“ im Sinn eines „extrauterinen Paradieses“ oder einer „outer shell“ angestrebt wird. Aufgrund nur mangelhaft ausgebildeter Selbst-Grenzen gegenüber anderen Menschen und aufgrund starker Trennungsängste und der Angst vor eigenen aggressiv-expansiven Impulsen wird eine infantil-symbiotische Abhängigkeitsbeziehung mit narzisstischen Vereinigungswünschen - verbunden mit der Idealisierung des Primär-objekts - eingegangen. Der psychosomatisch Kranke will „Gast- und Wirtobjekt“ in einem sein und wünscht sich unbewußt die Auflösung der Subjekt/Objekt-Grenzen. Dabei ist ihm bei allen Wünschen nach Verschmelzung und Identifizierung mit dem Objekt der Identifizierungsvorgang wichtiger als das Identifikationsobjekt. Marty (1974) spricht in diesem Zusammenhang von „allergischen Objektbeziehungen“ psychosomatisch Kranker und differenziert die Herstellung solcher Beziehungen in zwei Abschnitte: Beschlagnahme (saisie) und Aneignung (aménagement) des Objekts. De Boor (1965) betont die Bereitschaft psychosomatischer Patienten, in allen ihren späteren Beziehungen mit Partnern die ursprüngliche Beziehungspathologie mit dem Primärobjekt (Mutter oder entsprechende Ersatzfigur) unbewußt zu repetieren. Engel (1955) und Clark (1956) machen im Rahmen ihrer Arbeiten über Colitis-ulcerosa-Patienten auf den instrumentellen Charakter von deren Objektbeziehungen aufmerksam und unterstreichen die massive Anspruchshaltung dem Objekt gegenüber, narzistisch und oral verwöhnt zu werden. Auf der anderen Seite dieser ambivalenten Objektbeziehungen bestehen bei psychosomatisch Kranken starke Bestrebungen nach Unabhängigkeit und Autonomie, was sich dann in dem Versuch der Abwehr narzistisch-oraler Bedürfnisse und einer fassadenhaften „Pseudo-unabhängigkeit“ niederschlägt (vgl. Knapp und Nemetz 1957). Andere Autoren unterstreichen die unbewußte Angst bei psychosomatisch Kranken, andrängenden aggressiven und expansiven Regungen nachzugeben und dadurch das Primärobjekt zu verlieren (vgl. Fürstenau et al. 1964; Baumeyer 1966; Tuschy 1972). Auch Moersch beschreibt am Beispiel von Herzinfarktpatienten diese für psychosomatisch Kranke pathognomonische Ambivalenz zwischen einem oralen Anklammerungsmodus in den Objektbeziehungen und der Verleugnung von Abhängigkeitsängsten und körperlichen Stressezeichen (vgl. Moersch et al. 1980, S. 580). In ihrer Arbeit über „psychosomatische Familien“ weisen Wirsching und Stierlin (1983) auf die familiäre Tradition solcher Objektbeziehungsmodalitäten hin. Bei der differenzierten Analyse familiärer Interaktionsmodi imponiert vor allem der Aspekt der verdeckt erfolgenden „Bindung“ und „Ausstoßung“ (vgl. Stierlin et al. 1977), wie er gerade in sogenannten „gebundenen oder verschmolzenen Familien“ (vgl. Minuchin et al. 1978) üblich ist.

1.1.1 Bedeutung und Funktion der Eltern

Aus einer Untersuchung an 55 jugendlichen psychosomatischen Patienten (davon 29 Asthma-/Neurodermitis-Kranke, 26 Ulcus-, Kolitis- und Morbus-Crohn-Kranke) und ihren Eltern, die Wirsching und Stierlin unter methodischem Einsatz eines neurosenpsychologischen Diagnoseinstrumentariums und der Alexithymie-Skala von Sifneos (1973) durchführten (vgl. Wirsching 1978; Wirsching und Stierlin 1982; Wirsching und Stierlin 1983), gingen folgende Ergebnisse hervor: Die Väter psychosomatisch Kranker wurden am häufigsten als schizoid-narzißtisch gestört eingeschätzt. Im Kontakt mit dem Interviewer waren sie sehr unzugänglich, zeigten ein typisches Schwarz-Weiß-Denken (Spaltung), erwiesen sich als leicht kränkbar und abhängig von der Bestätigung durch andere. Bei den Müttern hingegen (und auch bei den Patienten selbst) überwogen depressive Strukturanteile bei gedrückter Stimmung, Aggressionshemmungen und reduziertem Selbstwertgefühl. In der Beziehung zum Interviewer standen eine hohe Erwartungshaltung und Anklammerungstendenzen im Vordergrund des Geschehens. Ihr Verhältnis zur Umwelt und zu Kontaktpersonen scheint durch Passivität und Abhängigkeit von anderen bestimmt zu sein. Die Einschätzungen auf der Alexithymie-Skala wiesen folgende Ergebnisse auf: Der Ausdruck von Gefühlen im Gespräch ist blockiert, an dessen Stelle verloren sich die Unterhaltungen immer wieder in Darstellungen von Begleitumständen und Detailschilderungen von Fakten. Ebenso bereitete den Untersuchungspersonen die Verbalisierung von Phantasien und Vorstellungsbildern große Probleme. Insgesamt scheint ihr Interaktions- und Kommunikationsverhalten gegenüber ihrer Umwelt von Harmonisierungsbestrebungen und Anpassungshaltung geprägt zu sein (vgl. Wirsching und Stierlin 1983, S. 599).

Den Typus der „psychosomatischen“ Mutter beschreibt Zepf (1976a, b) als kühlen und tendenziell überfürsorglichen, der aufgrund eigener narzißtischer Störungen jedwede Autonomiebestrebung des Kindes mit Liebesentzug bestraft und das Kind als Teil seiner selbst betrachtet. Im mütterlichen Erziehungsverhalten alternieren offene Zurückweisung oder/und unter überfürsorglichem Verhalten verdeckte Ablehnung des Kindes. Die Mütter psychosomatisch Kranker werden als Tatmenschen mit Dominanzansprüchen, perfektionistischen Tendenzen und emotionaler Reserviertheit charakterisiert, die ihre Beziehung zum Kind nicht libidinös besetzen können und auch nicht zu einer erotisierten Mann/Frau-Beziehung fähig sind (vgl. Stephanos 1979, S. 238). Diese narzißtisch gestörten Mütter (vgl. Gaddini 1977a, 1979a; Green and Solnit 1964; Rechenberger 1976, 1979) fixieren ihre Kinder aufgrund ihrer Ambivalenz zwischen „maternal rejection“ (vgl. Miller and Baruch 1950) und überkompensierender „overprotection“ in einer „loving tyranny“ (vgl. Bastiaans

and Groen 1955). Sperling (1958/59) spricht von einer „toilet-symbiosis“, und Engel (1955) beschreibt das Kind wie Garner und Wenar (1959) als „physical appendage“ einer Mutter, die das Kind zum erweiterten und abgewehrten Teil ihrer selbst gemacht hat (vgl. Kernberg 1978; Masterson 1980; Mertens 1981 u.v.a.). Nach Spitz (1951) haben diese Mütter auf ihre Säuglinge die Wirkung eines „psychologischen Toxins“. Fain (1971) hebt die pathogene Funktion der „pare-excitations“ hervor, welche in exzessiver Weise von dieser „toxischen“ Mutter (vgl. Stephanos 1979, S. 238) gegenüber ihrem Säugling ausgeübt wird und zu massiven Arretierungen der psycho-biologischen Entwicklungsprozesse führt.

Die Väter psychosomatischer Patienten entziehen sich aufgrund ihrer schizoid-narziistischen Störungen (vgl. Wirsching und Stierlin 1983) der Objektbeziehung zum Kind. Wegen ihrer nur virtuellen Präsenz in der Familie üben sie in der Erziehungspraxis keine strukturbildende Funktion auf die psycho-biologischen Entwicklungs- und Erfahrungsprozesse des Kindes aus. Insofern dienen sie auch kaum als „Projektionswand“ und Identifikationsvorlage für ihre heranwachsenden Kinder, wodurch diesen eine verlockende Alternative (idealisierter Vater) zur Übermächtig-omnipotenten Mutterfigur verlorengeht. Wie wichtig aber das vermittelnde Eingreifen einer präsenten Vaterfigur für Kinder ist, die in der Lösungs- und Individuationsphase (vgl. Mahler et al. 1978) dem Einfluß einer narziistisch-empathisch gestörten Mutter nolens volens ausgesetzt sind, geht aus den Arbeiten von Abelin (1971, 1975, 1978) über die von ihm beobachtete „frühe Triangulierung“ deutlich hervor. Auch andere Autoren haben die Bedeutung der prädipalen Triangulierung und die gewichtige Trigger-Funktion des Vaters für die Loslösung des Kindes aus der „halluzinatorisch-illusorische[n] somatopsychisch omnipotente[n] Fusion mit der Mutter“ (vgl. Mahler et al. 1978, S. 63) beschrieben (vgl. Mitscherlich-Nielsen 1978; Rotmann 1978; Kramer 1978; Mertens 1981). Man ist sich heute in der psychoanalytisch-entwicklungspsychologischen Fachdiskussion weitgehend darüber einig, daß Väter während der ersten Lebensjahre ihrer Kinder als Identifikationsobjekt, als Schrittmacher für den Lösungs- und Individuationsprozeß des Kindes, als Bezugsperson für den Übergang von der dyadischen zur triadischen Objektbeziehungskonstellation und schließlich als „Entwicklungshelfer“ für die Herausbildung von Über-Ich-Vorläufern und des kindlichen Ich-Ideals von enormer Bedeutung sind (vgl. Mertens 1981, S. 56 f.). Nun sind „die Identifikation mit dem väterlichen (Realitäts-)Prinzip“ und „die Chance, der verschlingenden primärnarziistischen Einheit mit der Mutter zu ent-wachsen“ (vgl. Loewald 1982, S. 769 f.), bei psychosomatisch Kranken aufgrund

der insuffizienten Vaterfigur nicht möglich gewesen. Stephanos (1979) schreibt dazu: „Der Vater hat keine ödipale Autorität. Die defekte Beziehung zu seiner Gefühlswelt bedingt eine Hemmung, sich in seine Partner, Frau und Kind, hinein-zudenken und sich mit ihnen zu identifizieren. Das Kind hat keine Chance, den Vater als dritte Person zu entdecken und zu ihm eine echte Objektbeziehung her-zustellen. So kann es sich mit ihm auch nicht auseinandersetzen, um die Erstarrung in der Reduplikation zu Überwinden. Langeweile und Leere charakterisieren das Ver-hältnis der Eltern. Sie sind auf ‚sterile‘ Weise voneinander abhängig und nicht in der Lage, sich liebend einander hinzugeben. Die psychosomatische Familie kann die Ur-Szene nicht gestalten. Das Kind wird mit dem Inzesttabu nicht konfrontiert“ (S. 238 f.).

1.1.2 Psychosomatischer Erziehungsstil

Nach Zepf (1976 a, b; 1981), der den psychosomatischen Subjektivierungsprozeß in der Begrifflichkeit der „Theorie der Interaktionsformen“ von Lorenzer (1970, 1973, 1974) skizzierte, stellt die „restringierte Praxis“ (einer narzißtisch gestörten Mutter) die charakteristische psychosomatische Sozialisationstechnik dar. Da bei den Müttern psychosomatisch Kranker im Erziehungsverhalten spontane Gesten af-fektiver Zuwendung fehlen und da sie infolge ihrer Selbstwertstörungen ein offenes oder/und verdeckt ablehnendes Verhalten dem Kind gegenüber zeigen, ergibt sich für das Kind in der Primärsozialisation ein qualitativ inkonstantes und in Tiefen- und Breitendimension restringiertes Interaktionsangebot. Wie die Untersuchungen von Garner und Wenar (1959) und von Gerard (1953) zeigten, blieb die Interaktions-palette dieser pathogenen Mütter auf die fahrplanmäßige Erledigung sachlicher und physiologischer Notwendigkeiten eingeengt, die für die Erhaltung der biologischen Existenz ihrer Kinder unabdingbar waren (vgl. Zepf 1976 b). Auf diese Weise „schlechter und/oder Übertriebener Bemutterung“ (vgl. Holder und Dare 1982, S. 797 f.) wird das Ausmaß der sensorischen Differenzierung undifferenzierter Spannungszustände des Säuglings beschnitten, was zum spezifisch psycho-somatischen Strukturdefizit führt. Die Entwicklung von Interaktionsengrammen zur organismischen Strukturbildung wie auch die Herstellung von Interaktionsformen zur Qualifikation von Spannungszuständen in differenzierte Bedürfnisse des Subjekts wird durch die-se „restriktive Praxis“ arretiert (vgl. Zepf 1981, S. 42 f.). Die Folgen solcher Erziehungs- und Sozialisationstechnik sind Wechselwirkungsstörungen von Integra-tion des Körperschemas und Bildung eines imaginären Raums, was in der psycho-

somatischen Regression zum Zurückfallen vom Organisationsniveau eines „corps visuel“ (visuelles Körperbild) auf die Entwicklungsstufe des „corps tactile“ (taktiles Körperbild) führt (vgl. Sami-Ali 1969 a, 1969 b, 1974). Wie die Entstehung solcher „primären strukturellen Mangelzustände“ („état d'inorganisation“ nach Marty 1969) und die Ausbildung eines „mechanistischen Sektors“, der für die psychosomatische Ökonomie eines Individuums und seine Anfälligkeit für die pathologische Desorganisation pathognomisch ist (vgl. Stephanos 1979, S. 233 f.), durch ein verständnisvolles und kontinuierliches Interaktionsangebot einer empathischen Mutter verhindert werden, beschreibt Zepf (1976 b) in folgendem Abschnitt: „Indem die Mutter auf undifferenzierte Spannungszustände wiederholt und relativ gleichförmig reagiert, interpretiert sie diese Spannungszustände für den Säugling dadurch, daß sie über bestimmte Interaktionsangebote Entspannung herbeiführt. Dadurch werden bestimmte Körperzonen stimuliert, und d. h., Triebinnhalte werden bestimmt als qualitativ differenzierte Spannungszustände in Interaktionsformen. Die Spannungszustände ‚bedeuten‘ etwas, sie haben einen Inhalt. Diese Inhalte werden zunächst nicht bewußt, sondern im Handeln (Rubinstein 1971), im realen Interagieren wiedererkannt [...] ... das Ausmaß der sensorischen Differenzierung undifferenzierter Spannungszustände hängt ab von der Breite der mütterlichen Interaktionsangebote und von ihrer selektiven Wiederholung“ (S. 65). Stierlin (1972, 1974, 1975, 1976) untersuchte aus „familienpsychosomatischer“ Perspektive die Interdependenz von pathogenem elterlichem Erziehungsstil, psychosomatogenen Beziehungsstrukturen in Familien und Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Er kam zu dem Ergebnis, daß „psychosomatische Erkrankungen [...] das Scheitern einer Leistung der Differenzierung - Integration [anzeigen], die dem Menschen auf verschiedensten Ebenen abverlangt wird. Die drei Hauptgesichtspunkte der Individuation (bzw. Selbst-Objektdifferenzierung und -Integration), der Interaktionsmodi (Bindung und Ausstoßung), sowie der Delegation liefern einen Bezugsrahmen, in dem sich die Beziehungsdynamik einer weiten Spielbreite von psychosomatischen Störungen differenzierend erfassen läßt“ (vgl. Stierlin 1976, S. 272). Der Autor hält die Transaktionsmodi der „Bindung“ und „Ausstoßung“ sowie den „Delegationsprozeß“ für die wesentlichsten pathogenen Interaktionsfaktoren innerhalb der Familien psychosomatisch Kranker. Wo ein übertriebenes familiales Bindungszenarium vorherrscht, werden die altersadäquate Differenzierung-Integration (Individuation) des Kindes und seine Loslösung von den Eltern arretiert, wenn nicht gar unmöglich gemacht.

Auf affektiver und kognitiver Ebene und auf der Ebene kindlicher Loyalitätsbedürfnisse zeitigt Übermäßige Bindung kindliche Abhängigkeitsbedürfnisse, die dann jederzeit ausgebeutet und manipuliert werden können. Zudem scheint „Bindung“ vor allem auch zur Störung der Funktion innerer Objekte (Stierlin rechnet dazu die „referierende“, die „gyroskopische“ und die „autonomiefördernde“ Funktion innerer Objekte; vgl. Stierlin 1970) zu führen. Familienorientierte Untersuchungen an psychosomatisch Kranken konnten differentielle Subfaktoren des psychosomatogenen „Bindungs“-Transaktionsmodus notieren: 1) Einengung („restrictiveness“) (vgl. Jackson and Yalom 1966), 2) Verstrickung („enmeshment“), 3) Überfürsorglichkeit („overprotectiveness“), 4) Starrheit („rigidity“) und 5) mangelnde Fähigkeit zur Konfliktlösung (vgl. Minuchin et al. 1975). Der Ausstoßungsmodus stellt gewissermaßen das diametrale Gegenteil des Bindungsmodus dar. Hier werden Kinder in sensiblen Entwicklungsphasen oder in Schwellensituationen ihres psychosexuellen Reifungs- und Erfahrungsprozesses in unvermittelter Weise von den Eltern zurückgewiesen oder allein gelassen. Somit fehlen diesen Kindern die entwicklungsfördernde Zuwendung und Stimulation, was sie bei zugrunde liegender konstitutioneller und psychobiologischer Prädisposition verstärkt anfällig macht für die Entstehung einer psychosomatischen Störung. Außerdem „bedeutet Ausstoßung eine zu frühe Entlassung in eine prekäre Unabhängigkeit“ (Stierlin 1976, S. 282 f.). Sie sind in der Regel Überfordert und in ihrem narziatischen Grundtonus erschüttert. Sie versuchen dann in Überkompensierender Weise eine frühreife Autonomie zu erreichen und trachten gierig nach narziistischer Bestätigung ihres lädierten Selbstwertgefühls. Andere ausgestoßene und bindungslose Individuen lassen sich resignativ treiben, sind hochgradig suggestibel und transparent für Umwelteinflüsse jedweder Art. Sie lassen sich am besten mit dem Terminus der „außengeleiteten Persönlichkeit“ charakterisieren. Der „Delegationsmodus“ vereint Elemente des Bindungs- und Ausstoßungsmodus. Das Loyalitätsband zwischen Delegierendem und Delegiertem stellt das Kernelement der Delegation dar. Die Entgleisung des Delegationsprozesses – der für sich gesehen nicht pathologisch, sondern vielmehr ein entwicklungsregulierender und sinnstiftender Beziehungsprozeß zwischen Eltern und Kindern ist – geschieht auf dreierlei Weise: 1) Überfordernder Auftrag, 2) Auftragskonflikt, 3) Loyalitätskonflikt. Im ersten Teil werden Kinder von Überambitionierten Eltern im Sinne der stellvertretenden Wunscherfüllung zu Leistungen angehalten, welche weder mit den altersgemäßen Bedürfnissen der Delegierten noch mit deren angeborenen und erworbenen Fähigkeiten in Übereinstimmung zu bringen sind. Ein typisches Beispiel dafür wäre, wenn ein nur mittelmäßig be-

gabtes Kind quasi als narzißtisches Substitut seiner Eltern zur sportlichen oder akademischen Leistungsmaschine gedrillt wird. Im zweiten Fall kommt es zum Auftragskonflikt, wenn unvereinbare Aufträge von einem oder beiden Elternteilen den Delegierten in verschiedene Richtungen zerrén. So kann z.B. eine Mutter ihren Sohn zu pietätvoller Haltung Frauen gegenüber delegieren, während gleichzeitig der Vater ihn gerne als Frauenheld séhe. Im dritten Fall wird im Rahmen eines Loyalitätskonflikts der Delegierte massiver Schuld ausgesetzt, wenn er den Auftrag eines delegierenden Elternteils favorisiert und den des anderen unberücksichtigt láßt. Dazu Stierlin (1976): „Hier stellt sich uns Hamlet, seinem toten Vater loyalitätsverbunden und von ihm beauftragt, die Mutter zu zerstören, als klassisches Paradigma dar“ (S. 284).

1.2 Alexithymer Aspekt

Der Terminus „Alexithymie“ wurde von den Vertretern der Bostoner Schule (vgl. Nemiah und Sifneos 1970) geprägt und bringt die charakteristischen Besonderheiten des psychischen Geschehens bei psychosomatischen Patienten auf den Begriff. Die Autoren verweisen damit auf die pathognomonische Unfähigkeit dieser Patienten, eigene Gefühle zu erleben oder wahrzunehmen und sie adäquat zu beschreiben. Als alexithyme Charakteristika beschreiben die Autoren die Unfähigkeit von psychosomatisch Kranken, neue emotionale Erfahrungen zu machen, ein eingeschränktes Reflexionsvermögen, die verarmte Phantasiewelt, die schizpiden Kontakte dieser Individuen und deren Störungen im affektiven Erleben. Nemiah und Sifneos stützen sich mit ihrem Alexithymie-Konzept auf die Untersuchungsergebnisse der Pariser psychosomatischen Schule (P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan, C. David, M. Sami-Ali) und postulieren drei ätiopathologische Faktoren für die Genese psychosomatischen Leidens: 1) Neurotische Verleugnungsprozesse, 2) ein primärer emotionaler Defektzustand und 3) kongenitale und biochemische Defekte (vgl. Nemiah 1975). Den Ergebnissen der oben erwähnten französischen Forscher zufolge sind die „pensée opératoire“ (automatistisch-mechanistisches Denken), die „reduplication“ (Objektwahrnehmung nach dem Muster des eigenen nichtstrukturierten Selbstbildes) und die „inhibition fantasmatique de base“ (Mangel an Phantasien und psychische „Leere“) kennzeichnend für die psychosomatische Pathologie. Das automatistisch-mechanistische Denken des psychosomatisch Kranken läuft archaisch-primärprozeßhaft ab und ist in seinem Inhalt mit dem Konkret-Faktischen verhaftet. Es bewegt sich immer zwischen „Ja“ und „Nein“ und hat rein pragmatisch-instrumentellen Charakter. In

seinen Objektbeziehungen „redupliziert“ der psychosomatisch Kranke nach dem Muster seines eigenen Selbstbildes andere Objekte als psychisch unstrukturierte und unkonturierte Wesen. In stereotyper Weise nimmt er Bezugspersonen quasi wie Abziehbilder seiner amorphen Selbst-Hülle wahr. Sollten sich Objekte seiner Wahl diesem nivellierenden Zugriff aufgrund ihrer genuinen Individualität entziehen, wendet er sich aus energieökonomischen Gründen von ihnen ab. So reduziert der psychosomatisch Kranke im Lauf der Zeit seinen Kontaktradius auf ein Minimum von Bezugspersonen, zu denen er „mechanisierte“ Objektbeziehungen herstellen kann. Dabei dient ihm die „Reduplikation“ (als primitiver Anpassungsmechanismus) dazu, entsprechend seinem Harmoniebedürfnis etwaige Konflikte oder Spannungen in der Kommunikation mit anderen auszublenden. Der psychosomatische Patient lebt mit dieser affektiven Schonhaltung ein Leben auf „Sparflamme“ (vgl. Stephanos 1979, S. 222), eine „vie opératoire“ (automatistisch-mechanistisches Leben). Weiterhin charakteristisch für die psychosomatische Pathologie sind ein auffallender Mangel an Phantasien („inhibition fantasmatique de base“) und eine regelrecht spürbare psychische „Leere“. Dies ist für den psychoanalytischen Interviewer im Umgang mit solchen Patienten auf der Gegenübertragungsebene deutlich wahrzunehmen. Stephanos (1979) schreibt dazu: „Der Interviewer vermisst die unbewußten sexuellen Phantasien des Neurotikers, er fühlt sich nicht ‚verführt‘, er nimmt in ihm keine Ambivalenz wahr, er vermisst den Sog und das manipuliernede Spiel des Hysterischen, das Tauziehen des Zwanghaften oder die ‚Trauer‘ der Depressiven. Vielmehr verspürt er gegenüber dem psychosomatischen Patienten Anstrengung, Enge, Müdigkeit, Erschöpfung. Die ‚Sinnlosigkeit‘ des Symptoms wird deutlich. Der Interviewer stößt auf ‚Leere‘“ (S. 227). Dem psychosomatisch Kranken fehlt infolge seiner spezifischen psychischen Entwicklungsstörung (Näheres siehe unter Punkt 1.5 und 1.6 dieses Kapitels) die organisierende und strukturierende Kraft der psychischen Instanzen im Sinn einer imaginativen Infrastruktur, wo Problemlösungen und Probehandlungen in einem freien Spiel von Phantasien und Vorstellungsbildern „geübt“ werden könnten. Gleichermäßen mangelt es ihm im Fall einer psychosomatischen Regression an einem ausdifferenzierten psychischen Interieur, das - vergleichbar mit einem inneren „Auffangnetz“ - ihn vor der pathologischen Desorganisation (vgl. Marty 1976) bewahren würde.

In ihrem Evolutionskonzept zur Genese der psychosomatischen Störungen machen die Vertreter der Pariser Schule (vgl. Marty 1969; Kreisler, Fain, Soulé 1974) „primäre physiologische Fixierungsmechanismen“ für die Entstehung von Psychosomatosen verantwortlich. Die Autoren versuchen mit diesem Ansatz sowohl die

Position der klassischen psychoanalytischen Entwicklungstheorie (Phasenlehre und Libidotheorie) als auch die der herkömmlichen Physiologie zu vereinen, wobei die Betonung auf der biologischen Prägungsseite liegt. Sie sind der Ansicht, daß sich infolge von pathologischen Interaktionen physiologisch-humoraler Art zwischen Mutter und Fetus die oben erwähnten Fixierungsmechanismen konstituieren, die ihrerseits entwicklungsarretierende Effekte auf die psychische Organisation des Säuglings zeitigen. Demzufolge ist vor allem die Entwicklung des „Ich“ und seiner Funktionen strukturell gehemmt und in einem Bereich sogar im unentwickelten Zustand („mechanistischer Sektor“) verblieben, welcher nach Meinung der Autoren die spätere psychosomatische Desorganisation bewirkt. Weil ein Säugling mit solchen psychischen Entwicklungshemmungen das Stadium der halluzinatorischen Wunscherfüllung nicht erreicht und seine „archaische Körperlichkeit“ nicht die notwendige autoerotische Besetzung (und Differenzierung) erfahren hat, kann er die Absenz des mütterlichen Primärobjekts nicht ertragen und reagiert darauf mit diffus-unkoordinierten organphysiologischen Erregungs-Entladungs-Mustern. Dieser archaische Reaktionsmodus schleift sich reflexartig ein und bildet die Grundlage für die spätere psychosomatische Dekompensation bei analogen Trennungs- und Verlust-erlebnissen. Ein Individuum mit einer derartigen fragilen psycho-biologischen Ökonomie, einem sehr labilen narzißtisch-energetischen Gleichgewicht, rigiden Anpassungsmechanismen und mechanisierten Objektbeziehungen bietet vom syndromalen Querschnittsbild her gesehen eine nosologische Einheit mit klinischer Spezifität, die Stephanos (1979) als „Psychosomatisches Phänomen“ (S. 237 f.) bezeichnet hat. Auch Overbeck und Biehl (1975) kommen in ihrem Arbeitsbericht über eine mehrjährige Beschäftigung mit ulcuskranken Patienten zu dem Schluß, daß sich innerhalb der großen Heterogenität dieses Patientenkollektivs fünf Untergruppen nach differentiellen nosologisch Kriterien klassifizieren lassen, wovon die Angehörigen einer Gruppe als typisch „psychosomatische“ Ulcusranke beschrieben werden. Diese hätten ausgesprochen phantasiearme und ausdruckslose Primärpersönlichkeiten, erschienen in Lebensweise und Objektbeziehungen starr und mechanistisch und erzeugten im Untersucher das Gefühl der völligen Beziehungsleere (vgl. Overbeck und Biehl, 1975, S. 563).

In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß schon Ruesch (1948) mit dem Terminus „infantile Persönlichkeit“ den psychosomatisch Kranken zu typologisieren versuchte und damit der klinisch-phänomenologischen Charakterisierung des „Alexithymikers“ sehr nahe kam. Diese infantile Persönlichkeit zeigt an Defizitsymptomatik eine restringierte Symbolisierungsfähigkeit auf verbalem und emotionalem Gebiet, ein

insuffizientes Selbstwertgefühl, eine brüchige Identität, ein rigides Über-Ich, eine konservativ-konformistische Anpassungshaltung, eine neutralistische Weltanschauung mit fehlender Ziel- und Wertehierarchie, Entwicklungsstörungen im präverbalen Bereich und auf dem Gebiet der sexuellen Integration und schließlich eine erhöhte Bereitschaft, auf Änderungen gewohnter äußerer Lebensumstände als Auslösesituationen mit körperlicher Symptombildung zu reagieren.

Das Alexithymie-Konzept der Bostoner Gruppe und das Konzept der *pensée opératoire* der französischen Autoren erfuhren in den letzten Jahren eine interessante sozial-psychologische Dimensionierung durch Autoren wie Brede (1971, 1972, 1978, 1979), Kamper und Rittner (1976), Overbeck (1977), Köhle (1977), Richter (1979) und Ahrens et al. (1979). Diese Autoren wiesen auf die durch gesellschaftsvermittelte Wert- und Normcodices, Regelkanons, Erwartungs- und Interpretationsmuster determinierten Konstituenten des psychosomatischen Leidens hin. In summa lauten die Einschätzungen folgendermaßen:

- a) Das psychosomatische Symptom als Resultat einer „generativen Ich-Leistung“ repräsentiert auf der körperlichen Austrageebene eine ganz individuelle Protesthaltung gegenüber restriktiven gesellschaftlichen Verhältnissen (vgl. Overbeck 1977).
- b) Die Wahl des Körpers als Symptomstätte hat doppelte Anpassungsfunktion: einerseits als sozial lizenzierte - weil dem organomedizinisch vereinseitigten Krankheitsbegriff unserer Gesellschaft entgegenkommende - Leidensform, andererseits als passendes Krankheitsangebot für das „alexithymogene Potential“ medizinischer Institutionen (vgl. Brede 1971, 1979; Köhle 1977).
- c) Die *vie opératoire* des Alexithymikers erweist sich als gesellschaftlich funktional und systemstabilisierend. Mechanistisches Denken und Handeln, das in einer Gesellschaft voller zweckrationalisierter Arbeits- und Interaktionsprozesse quasi als soziale Tugenden gratifiziert wird, avanciert zur zweiten Natur des eindimensionalen Menschen, dessen persönliche Psychopathologie auf diesem Wege mit gesellschaftlichen Verwertungsinteressen „kurzgeschlossen“ und gleichgeschaltet wird (vgl. Kamper, Rittner 1976; Ahrens et al. 1979).
- d) In einer anonymen Konsumgesellschaft, wo verdinglichte und instrumentalisierte Arbeitsabläufe in der Berufswelt vorherrschen und wo „repressive Entsublimierung“ die Privatsphäre der Menschen beherrscht, kommt es zwangsläufig zu einer zunehmenden Entfremdung von der je individuellen Körperlichkeit und leibnahen Erlebnisfähigkeit. Krankheit (z.B. ein psychosomatisches Leiden) und Tod gehören dann zu den wenigen übriggebliebenen Selbsterfahrungsmöglichkeiten, mit deren Hilfe sich Menschen eine Art körpernaher Sinnlichkeit zu vermitteln suchen (vgl. Richter 1979).

Am Ende dieses Abschnitts sollen die kritischen Einwände und inhaltlichen Bedenken, die gegenüber den konzeptionellen Darlegungen der Bostoner und Pariser Schule im psychosomatischen Schrifttum zum Niederschlag kamen, nicht unerwähnt bleiben. Cremerius (1978) stellte in seiner Arbeit den Anspruch der französischen Autoren (David, Fain, Marty und de M'Uzan), eine spezielle Persönlichkeitsstruktur beschrieben zu haben, in Frage. Er ist vielmehr der Ansicht, daß „das Phänomen der sogenannten psychosomatischen Struktur [...] noch nicht geklärt [ist] - vielleicht ist es nur ein Artefakt* oder ein Merkmal für etwas ganz anderes wie z.B. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht oder die Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie. Hier sind noch viele Probleme offen. Auch, und vor allem, die Abgrenzung dieser Struktur gegen den Bereich der prägenitalen Störung, die ja in der Regel ohne Körpersymptomatik einhergeht" (S. 73).

Anhand einer experimentellen Rorschach-Untersuchung zur „pensée opératoire“ wiesen Vogt et al. (1979) nach, daß im quantitativen Vergleich einer Gruppe von 40 psychosomatischen Patienten, die hinsichtlich Alter, Geschlecht, Intelligenz und sozio-ökonomischem Status parallelisiert wurden, die „Psychosomatiker“ eine signifikant geringere Ausprägung der Phantasietätigkeit im Sinne der „pensée opératoire“ zeigten. Insofern widersprechen diese Untersuchungsergebnisse der Kritik von Cremerius, daß die „pensée opératoire“ ein methodenbedingtes Artefakt beziehungsweise ein Schichtspezifikum der untersuchten Patienten sei. Der Cremeriusschen „Doppelthese“ widerspricht auch Zepf (1981, S. 111 ff.). Gleichwohl ist er der Ansicht, in der Konzeption der französischen Autoren blieben die spezifischen Sozialisationsbedingungen, die zu einer psychosomatischen Symptombildung bei einem Individuum führen, unbegriffen. Dies hätte unweigerlich zu Begriffsdefinitionen geführt, die in sich widersprüchlich sind. So folgt nach den Vorstellungen von Marty und de M'Uzan (1963) das operationale Denken des „Psychosomatikers“ einer realitätsorientierten Kausallogik und ist doch zugleich primärprozeßhaften Gesetzen unterworfen. Einen weiteren Widerspruch sieht Zepf in der Definition der „projektiven Reduplikation“ als der für psychosomatisch Kranke charakteristischen Objektbeziehungsmodalität. Würden diese Patienten ihre Bezugspersonen nur entsprechend ihrer eigenen Undifferenziertheit wahrnehmen -

* Cremerius, Hoffmann, Hoffmeister und Trimborn (1979) unterzogen das von den französischen Autoren bei psychosomatischen Patienten angewandte Interviewverfahren einer methodenkritischen Analyse und wiesen auf den Artefaktcharakter des sogenannten psychosomatischen Phänomens hin (vgl. dazu Schneider 1973 und Overbeck 1975).

was ja die projektive Reduplikation besagt -, dann würde gänzlich unverständlich bleiben, wieso der „Psychosomatiker“ sozial eher überangepaßt und sein Verhalten an den Bedürfnissen seiner Objekte orientiert ist. Wie aber empirische Untersuchungen ergeben haben, passen sich psychosomatisch Kranke keineswegs durchgängig dem gesellschaftlichen Regelkanon oder den je individuellen Erwartungen ihrer sämtlichen Bezugsobjekte an (vgl. Brende 1972). Vielmehr konzentriert der psychosomatisch Kranke seine Anpassungskapazitäten auf die mütterliche „Key-Figur“ und sucht aus narzißtischer Bedürftigkeit als Folge seines labilen Selbstwertgefühls die maximale Nähe, wenn nicht sogar die Verschmelzung mit dieser Schlüsselfigur in der Dualunion. Dazu Zepf (1981): „In der Beziehung zu dieser Schlüsselfigur besteht auch eine erhöhte soziale Wahrnehmung für deren Einstellungen und Bedürfnisse [...] Die meisten empirischen Untersuchungen sprechen ferner dafür, daß der psychosomatisch Kranke nicht, wie die projektive Reduplikation behauptet, diese und auch alle anderen Objekte so wahrnimmt, wie er selbst ist. Im Gegenteil, in seinem Selbstverständnis ist der psychosomatisch Kranke so, wie er annimmt, daß seine Schlüsselfigur ist“ (S.129). Die aktuelle Repräsentanz der Schlüsselfigur wird vom „Psychosomatiker“ schließlich in der Nähe der Idealform der mütterlichen Repräsentanz wahrgenommen. Indem er unbewußt das geliebte Objekt zum Selbst macht, sein Selbst quasi über das Objekt ausdehnt (vgl. Zepf et al. 1981, S.142 ff.), schafft er sich das notwendige Surrogat für seine defiziente Selbstrepräsentanz.

Die immanenten theoretischen Widersprüche der „pensée-opératoire“-Konzeption der französischen psychosomatischen Schule lassen sich nach Ansicht Zepfs (1981) auch am Beispiel der Wiederbelebung des Freud'schen Eros/Thanatos-Konzepts durch Marty (1973, 1976) illustrieren. Der Autor unternahm dabei den Versuch, für die Genese der „primären Fixierungsmechanismen“ als der causa prima jedweder psychosomatischen Pathologie und der damit verbundenen Annahme einer Diskontinuität von psychischen und somatischen Prozessen, die auf ein fehlendes Vorbewußtes zurückzuführen ist, einen umfassenden metatheoretischen Vermittlungsrahmen zu schaffen. Danach seien „primäre Fixierungsmechanismen“ und „Diskontinuität“ das pathologische Produkt einer gestörten Wechselwirkung von „Eros“ und „Thanatos“, zweier Grundtriebe, welche die psychobiologische Epigenese eines Individuums in jedem Entwicklungsstadium determinieren. Der Lebenstrieb materialisiert sich durch evolutive Organisation und Strukturbildung der individuellen Ontogenese, der Todestrieb manifestiert sich in gegenläufiger Richtung durch Desorganisation und Destrukturierung von erreichten Reifestadien. Folglich führten etne konstitutionelle

Schwäche des Eros und das Fehlen einer „adäquaten mütterlichen Zuwendung (carence de soin maternelles)" (Stephanos 1979, S. 232 f.) zwangsläufig zu einem permanenten Übergewicht des Thanatos und damit zu einer grundlegenden psychophysischen Reifungsstörung, wie sie für den psychosomatisch Erkrankten pathognomisch sei. Solchermaßen prädisponierte Individuen würden dann in Belastungs- und Krisensituationen sehr schnell auf diese psychophysischen Fixierungstellen regredieren, pathologische Dysfunktionen an den betreffenden organischen Prädispositionen seien die Folge, und schließlich komme es zu malignen Desorganisationsprozessen, wo am Ende das chronifizierte psychosomatische Leiden oder der Tod eintrete.

Die Kritik von Zepf richtet sich zum einen gegen den metatheoretischen De-zisionismus, mit dem die französischen Autoren eine bereits von Freud (1920) selbst als metaphysische Konstruktion apostrophierte Lehre (von „Eros" und „Thanatos") zu noch weiter führenden naturphilosophischen Spekulationen heranziehen: „Anzumerken ist [...], daß auch das Konzept von Eros und Thanatos weder das topographische mit dem Strukturmodell metatheoretisch vermittelt, noch daß es selbst diesen Modellen amalgamiert wurde. Es wird ihnen bloß additiv angefügt und addiert zugleich den Widersprüchen des ersten Konzepts weitere hinzu" (vgl. Zepf und Gattig, 1982, S. 131). Zum anderen führen theoretische Konstruktionen dieser Art zu einer unzulässigen, da spekulativen Teleologisierung der menschlichen Psychophysis und verhindern mithin die Einsicht in die lebensgeschichtlich gewachsene Spezifik einer je individuellen psychosomatischen Symptomen-genese (vgl. Zepf 1981, S. 132 f.). Die wissenschaftliche Begründung für die Entstehung psychosomatischen Leidens würde sich dann in der Skizzierung des pathologischen Zusammenspiels zweier abstrakter Regulatoren des menschlichen Geschicks - nämlich „Eros" und „Thanatos" - erschöpfen, ohne daß dabei die Eingebundenheit der Psychosomatose in den biographisch vermittelten Sinn- und Bedeutungszusammenhang der spezifischen Erfahrungsgeschichte des jeweiligen betroffenen Individuums auch nur am Rande gestreift würde.

1.2.1. Charakteristika der Sprache

Der Charakter der Wortgebilde bei psychosomatisch erkrankten Patienten wird von einer Reihe von Autoren in ähnlicher Weise beschrieben (vgl. Ruesch 1948; Mac Lean 1949; Garner und Wenar 1959; Marty und De M'Uzan 1963; Marty et al. 1963; De Boor 1965; Sifneos 1967; Nemiah und Sifneos 1970; Zepf 1976, 1981).

Aus der Analyse von Tonbandprotokollen von therapeutischen Sitzungen mit psychosomatischen Patienten, die eine unterschiedliche Symptomatik aufwiesen, ergaben sich folgende charakteristische Merkmale:

- a) Die „infantile Persönlichkeit“ von psychosomatisch Erkrankten drückt sich vor allem in einer phantasielosen, nicht mit subjektiven Konnotationen ausgestatteten „Organ-Sprache“ aus.
- b) Die Wortgebilde besitzen überwiegend Zeichencharakter, wobei nicht klar ist, ob es sich dabei um sogenannte „primäre“ oder „sekundäre“, also durch Abwehroperationen entstandene Zeichen handelt (vgl. Lorenzer 1970; Zepf 1976).
- c) Die Sprache des Psychosomatikers ist instrumentell-denotativ, ihre Beziehungen zu Wortvorstellungen (im Freudschen Sinn) sind rudimentös, eigentliche Objekte in Form von personalen Ganzobjekten fehlen. Die entemotionalisierte und entvitalisierte Sprache („emotionales Analphabetentum“) erlaubt keine differenzierten Gefühlsäußerungen und vermag auch nicht spezifische Bedürfnisspannungen auf den Begriff zu bringen, was schließlich zu den bekannten folgeschweren Insuffizienzerscheinungen in der Wahrnehmung oder/und Beseitigung von körperlichen Spannungszuständen bei den betreffenden Individuen führt.
- d) Trotz der konnotativen Leerstellen und der gestörten Symbolbildung in der alexithymen Sprache bleibt das sprachliche Regulationsvermögen voll erhalten, die Strukturlosigkeit der „Innenwelt“ psychosomatisch Kranker steht in direktem Zusammenhang mit der „Digitalisierung“ des Sprachverhaltens nach außen.
- e) Aufgrund der defizienten Symbolisierungsfähigkeit ist das „vorbewußte System“ nur mangelhaft ausgebildet und mithin die psychische Infrastruktur lakunär, weshalb die Patienten auf emotionale Belastungssituationen oft unmittelbar mit somatischen Reaktionsformen antworten. Es fehlt sozusagen an einem innerpsychischen Auffangnetz, wie es beispielsweise Psychoneurotiker mit ihrem gut funktionierenden Abwehrsystem und einem an Selbst- und Objektrepräsentanzen reichen psychischen Interieur durchaus besitzen.
- f) Die Verwandlung der Symbole (symbolische Repräsentanzen) in Zeichen (Zeichenrepräsentanzen) geht einher mit einer Bedeutungsentleerung und damit mit einem „Verlust an Affizierbarkeit im Subjekt durch die Objekte“ (vgl. Zepf 1976, S. 95). Der Resonanzverlust zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen aufgrund der zunehmenden Perfektion der Denotation zu Lasten der Konnotation führt dazu, daß die Objektrepräsentanzen immer mehr ihren Beziehungscharakter verlieren und so die Objekte ohne spezifisches Profil konturlos

erlebt werden. Sie sind austauschbar und auf die spannungsmindernde Funktion von Partialobjekten reduziert. Die fehlende Abgrenzbarkeit der Objekte korrespondiert auf der subjektiven Erlebnisebene des Psychosomatikers mit einer mangelhaften Abgrenzung des eigenen Selbst von den Objekten. (Denn die dialektische Verschränkung des wechselseitigen Differenzierungsprozesses von Selbst- und Objektrepräsentanzen erlaubt einem Individuum nur dann die konsistente Ausgliederung von Selbstrepräsentanzen aus der primären Ungeschiedenheit der „halluzinatorisch-illusorische[n] somatopsychisch omnipotente[n] Fusion mit der Mutter“ <vgl. Mahler et al. 1978, S. 63>, wenn neben der symbolischen Organisation seiner verschiedenen Interaktionserfahrungen mit der Mutter in Form der Selbstrepräsentanzen gleichzeitig die Integration unterschiedlicher Bedeutungsinhalte aus Beziehungssituationen mit Nicht-Mutter-Objekten zu einer differenzierten Objekt-„Repräsentation“ möglich ist. *) Aus dieser unzureichenden Abgrenzung von Selbst und Objekten erhellt auch die unstillbare Sehnsucht des Psychosomatikers nach einer „ozeanisch“-harmonistischen Partnerschaft, in der seine tiefen Wünsche nach sicherer Geborgenheit und seine basale narzißtische Bedürftigkeit befriedigt und zugleich seine archaischen Trennungsängste gelindert werden.

- g) In der Sprache des Psychosomatikers verbleiben die einen bestimmten (subjektiv erlebten) Sachverhalt beschreibenden Prädikatoren auf der bloß denotativen Bezugsebene, ohne daß sie irgendeinen lebensgeschichtlich vermittelten konnotativen „Bedeutungshof“ erkennen lassen. Besonders deutlich kann dieses Phänomen in Gesprächssituationen mit psychosomatischen Patienten registriert werden, wenn wie dazu aufgefordert sind, ihre persönliche Leidensgeschichte zu erzählen. Dies ist dann keine affektgetragene Darstellung selbstverspürten Leidens, sondern der mechanistische Rapport einer abstrakten Krankengeschichte (vgl. Stephanos 1979, S. 222/223). Oft „epulen“ dabei die interviewten Patienten ihre eigene Anamnese mit Liebe zu den organmedizinischen Details und exakter Auflistung von Ereignisdaten ab, so als ob sie vor einem medizinischen Kollegium über einen interessanten

* In untrennbarem Zusammenhang damit findet die Ausdifferenzierung von Körperrepräsentanzen und deren Integration in das Körper selbst statt. Welche spezifischen Entwicklungsarretierungen und konsekutiven Strukturdefizite gerade beim psychosomatisch Erkrankten in dieser Hinsicht zu verzeichnen sind, wird - aus epigenetischer Perspektive - an anderer Stelle genauer erörtert. (Siehe dazu Punkt 1.4.1. dieses Kapitels.)

Casus zu referieren hätten. Dazu meint Zepf (1976): „Die Lautengramme stehen nicht in Beziehung zu erlebter Geschichte, zur engrammatisch fixierten Lebenspraxis. Gemünzt auf den Charakter der Wortgebilde als psychische Repräsentanzen heißt dies, daß die prädierten Sachverhalte ohne Beziehungscharakter, ohne in-Beziehung-zum-Subjekt repräsentiert werden, daß also nur mehr instrumentell, abgelöst von innerer Natur, mit ihnen umgegangen werden kann. Die sprachlichen Bedeutungen werden nicht mehr in praktischer Dialektik von innerer Natur und gesellschaftlicher, über die Mutter vermittelter Fremdbestimmung produziert. Quasi von außen dem Individuum übergestülpt erscheinen die sprachlichen Bedeutungen als bloße Werkzeuge der Daseinsbewältigung in einer Umwelt ahistorischer Faktizitäten und verschleiern als aufgeklebte Etiketten den beschädigten Differenzierungs- und Integrationsgrad des Individuums bis hin zur 'Normalität'" (S.96).

1.2.2. Psychosozialer Aspekt

Nach Ansicht der meisten Autoren in der psychosomatischen Fachliteratur (vgl. Ahrens et al. 1979; Bastiaans 1977, 1979; Brede 1972, 1978, 1979; Zepf 1976, 1981) bewegt sich das Verhalten psychosomatisch Erkrankter weitgehend in Übereinstimmung mit den normativen Verhaltenserwartungen. Psychosomatiker zeichnen ein ständiges Anpassungsbemühen und das „stromlinienförmige“ Erfüllen von sozial erwünschten Verhaltensstandards aus. In Streitfällen neigen sie zu harmonistischen Kommunikationsstrategien und kompromißbereiten Unterwerfungsakten. Eigene Widerspruchsregungen werden verleugnet, sie verfügen über eine ausgeprägte Aggressionskontrolle, sind in ihrem Auftreten in der Öffentlichkeit (Berufsleben) überhöflich, bescheiden, gefügig bis hin zur Unterwürfigkeit. Aufgrund der sozialen Überangepaßtheit und der überkorrekten Autoritätshörigkeit sind sie gern gesehene und erfolgreiche Mitarbeiter in einer Arbeits- und Berufswelt, die vorrangig von Konkurrenzkampf, Gewinnstreben und zweckrationalen Verhaltensstrategien beherrscht ist. Narzißtische Affektabwehr, Omnipotenzphantasien einer grandiosen Unabhängigkeit und Selbstgenügsamkeit und emotionales Analphabetentum werden gesellschaftlich als soziale Tugenden gratifiziert und bieten somit den Alexithymikern optimale Kalibrierungsmöglichkeiten ihrer persönlichen Psychopathologie mit gesellschaftlichen Verhaltens- und Einstellungstereotypen. Das sozioökonomisch vermittelte alexithymogene Potential einer solchermaßen konstituierten Gesellschaft schließt hier zielgerichtet mit den alexithymen Strukturdeformationen

ihrer Mitglieder zu einem pathogenen Circulus vitiosus kurz. In diesem Zusammenhang ist eine Untersuchung von Barendregt (1960) erwähnenswert, in der Psychoneurotiker, psychosomatisch Kranke und eine gesunde Kontrollgruppe verglichen wurden. Hinsichtlich der untersuchten Neurotizismuswerte zeigten Psychosomatiker und Psychoneurotiker fast identische Ergebnisse im Maudsley-Test und unterschieden sich darin eindeutig von der Kontrollgruppe. Im Soziabilitäts-Test (eine Modifikation des Extraversion/Introversion-Tests von Eysenck) unterschieden sich Kontrollgruppenmitglieder und psychosomatisch Erkrankte statistisch signifikant von der Gruppe mit psychoneurotischen Patienten, wobei in diesem Fall keine Unterschiede im Verhalten von psychosomatischen Patienten und gesunden Kontrollpersonen zu eruieren waren.*

1.3. Auslösende Situation

Für das breite Spektrum der psychosomatischen Erkrankungsformen** - von diffusen Körperbeschwerden über funktionelle Syndrome bis hin zur morphologisch faßbaren Organmanifestation - stellen reale oder phantasierte Objektverluste und Trennungserlebnisse typische Auslösesituationen dar. Für den außenstehenden Beobachter sind solche „psychosomatogenen“ Lebensereignisse (life events) oft gar nicht bemerkbar und erst ex post emotional nachvollziehbar, währenddessen sie angesichts der sehr niedrigen Kränkungschwelle beim Psychosomatiker längst krankheitsauslösende Wirkung gezeitigt haben. Je nach Ausprägungsgrad des „mechanistischen Sektors“ (vgl. Stephanos 1979, S. 233) innerhalb der psychischen Organisation, und je nach biographisch-konstitutioneller Prädisposition führt im Prinzip jedwede Erfahrungssituation, die strukturell entweder Trennungseigenschaften besitzt oder Individuationsdruck ausübt (vgl. Mahler et al. 1978), bei den betreffenden Individuen zu multiplen Formen pathologischer Desorganisation (vgl. Marty 1976). Der wirkliche oder drohende Verlust von Partnern, die plötzliche Veränderung von Lebensgewohnheiten (Bundeswehr, berufliche Veränderungen, Wohnortwechsel usw.) und sogenannte Schwellensituationen des Lebens

* Weiterführende Vergleichsstudien von psychosomatischen und psychoneurotischen Patienten liegen in den Arbeiten von M. v. Rad (1977, 1979) vor.

** An dieser Stelle ist die Aufgliederung des Somatisierungskonzepts von Beckmann (1976) erwähnenswert, der wie folgt differenziert:

- a) Flucht in eine organische Krankheit,
- b) Flucht in eine funktionelle Krankheit,
- c) Flucht in körperliche Beschwerden (ohne organische und faßbare funktionelle Störungen),
- d) Deutung körperlicher Beschwerden oder Krankheiten als seelisch bedingt (Laienätiologie).

(wie etwa der Studiums- bzw. Berufsbeginn, die Eheschließung und Familien-
gründung oder die Pensionierung) können demzufolge beim Alexityhmiker Trennungs-
krisen mit Gefühlen des diffusen Unbehagens, angstvoller innerer Unruhe und
Objektverlustängsten auslösen (vgl. Wolff 1965, 1972; Joraschky, Köhle 1979;
Totman 1979). Aber auch von außen gesehen eher positiv anmutende Ereignisse -
zum Beispiel die Beförderung in eine verantwortungsvollere Berufsposition oder
die Geburt eines Kindes - werden von Psychosomatikern als unzumutbare Inanspruch-
nahme ihrer Leistungskraft oder als zu belastende Verpflichtung empfunden, worauf
sie oft nur mit Insuffizienzgefühlen und Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungs-
losigkeit zu reagieren wissen (vgl. Engel and Schmale 1972).* Im Gefolge solcher
Auslösesituationen, die in der subjektiven Wirklichkeit des Psychosomatikers als
Infragestellung der identitätstiftenden und basales Sicherheitsgefühl vermittelnden
Lebensgrundlage registriert werden, machen sich narzißtische Kränkung,
Enttäuschungsängste und Trennungsängste, in besonders gravierenden Fällen
„Desintegrationsängste“ (vgl. Kohut 1979) und Selbst-Vernichtungs-Ängste breit
und führen schließlich zum weitgehenden Zusammenbruch der psychischen Infra-
struktur. Die psychopathologischen Deformationen des psychosomatisch stigmati-
sierten Individuums in Form des restringierten konnotativen Symbolisierungs-
vermögens und der unstrukturierten Repräsentanzenvelt verhindern eine imagi-
native und symbolvermittelte, also „psychische“ Verarbeitung solcher Problem-
und Konfliktsituationen. Deren pathogene Valenz gründet darauf, daß die aktuell
ausgelösten Objektverlustängste im lebensgeschichtlich vermittelten, sinn-vollen
Erfahrungszusammenhang mit inzwischen längst unbewußt gewordenen frühkindlichen
Trennungserlebnissen stehen. Aufgrund ihrer „ezenischen“ Strukturähnlichkeit
(vgl. Lorenzer 1973, 1977) besitzen sie biographische Spezifität und gewinnen
dadurch die Bedeutung von auslösenden Reizen. Der Objektverlust appelliert mit-
hin an jene frühen Erfahrungen, in denen es bei einer Trennung vom mütterlichen
Objekt zum Auftreten undifferenzierter somatischer Spannungszustände gekommen
ist, die unlustvoll erlebt wurden und sich auf reizreaktivem Organisations-
niveau jenseits bewußter Kontrollierbarkeit als neurophysiologische Interaktions-
programme strukturbildend niederschlugen (vgl. Zepf 1981). Je nach individuellem
Ausmaß der strukturellen Ich-Störung - i. e. der Entwicklungsarretierung des

* Diese Befindlichkeitszustände beschreiben die Autoren als „giving up“ und
„given up“, wobei die Phase des Aufgebens („giving up“) durch ein Versagen
der Abwehrmechanismen und das Gewährwerden eines allgemeinen Befriedigungs-
verlustes gekennzeichnet ist, die dann in die Phase des Aufgegeben-Seins
(„given up“) als Endzustand übergeht, in der die Endgültigkeit des Befriedigungs-
verlustes in der psychischen Realität des Subjekts feststeht.

Differenzierungsprozesses von Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie der Körperschemabildung - und entsprechend dem damit korrespondierenden Regressionsniveau werden dann später von einem so „geprägten“ Menschen somatische Abfuhrkanäle in unterschiedlich starkem Umfang zur Bewältigung solcher „namenlosen“ Spannungszustände in Dienst genommen. Ungerichtete Triebregungen und archaische Affekte finden in den durch sie reaktualisierten Körperereignissen ersten formgebenden Widerhalt. Somit erlangen die „psychische Sprachlosigkeit“ und protosymbolische Un-Bewußtheit des alexithymen Individuums endlich auf organ-sprachlicher Ausdrucksebene einen Grad an subjektiv verespürbarer Strukturierung, wie er bis dann nie erreicht worden ist. Auf der Ebene des „physiologischen Infantilismus“ (Grinker 1953) materialisiert sich das ungleichzeitige Zusammenspiel von aktueller Angst und undifferenzierten leib-seelischen Wechselwirkungsprozessen in der psychosomatischen Reaktion als Konkretion eines Konfliktlösungsmodus - sei es in Gestalt multipler Körperbeschwerden oder im lokalisierbaren Schmerz, sei es in Form eines funktionellen Syndroms oder in der zirkumskripten Organmanifestation. Auf diesem Weg erlangen in der Erlebnissphäre des Alexithymikers körpereigene Substanzen und Organe symboläquivalente Bedeutungszuwaage, kann er doch über sie bezüglich der Aspekte ‚Trennung versus Wiedervereinigung‘ viel freier und unmittelbarer verfügen, als es je mit menschlichen Bezugsobjekten in dieser Hinsicht möglich wäre (vgl. Lindemann 1950; Sifneos 1964; De Boer 1965; Richter und Beckmann 1969; Freiwald et al. 1975; Zepf 1977).

Das alexithyme Individuum ist einer spezifischen psychosozialen Seinsweise, nämlich der „vie opératoire“ („automatisiert-mechanistisches“ Leben), verhaftet und steht in affektarmen, leeren Beziehungen („relation blanche“) zu seinen Mitmenschen (vgl. Stephanos 1979). Diese Daseinsform hat ökonomische Funktion, denn sie schützt den Psychosomatiker vor Reizüberflutung in Konfliktsituationen und neutralisiert Spannungen in Krisensituationen, denen er angesichts seiner Strukturdefekte („Mangel an Phantasien“ und psychische „Leere“) sonst hilflos ausgeliefert wäre. Der symbolische oder reale Objektverlust setzt hier an, reißt die brüchige Ökonomie des Alexithymikers ein (vgl. Marty 1976) und führt schließlich zum weitgehenden Zusammenbruch seines äußerst labilen „narzißtisch-energetischen Aquilibriums“ (vgl. Stephanos 1973). Objektverlustängste setzen diffuse leib-seelische Spannungen frei und reaktivieren physiologische Fixierungsmechanismen (vgl. Fain 1966; Marty 1969; Kreisler et al. 1974). Die pathologische Desorganisation ist eingeleitet, die Schrittmacherfunktion der Trennungsängste für die Mobilisierung des Resomatisierungsprozesses auf die Organisationsstufe rein physiologischer Aktions schemata wird durch hinzukommende Desintegrations-

ängste verstärkt. Und trotzdem gewinnt durch die akute körperliche Komplikation die psychosoziale Amorphie des Alexithymikers in der somatischen Formgebung an Kontur, transformiert quasi aus dem psychisch Unbegreifbaren in körpersprachliche Gewißheit. Wenngleich auf pathologischem Umweg - und verbunden mit dem Risiko der Chronifizierung oder gar des Todes - , so vermag sich doch das alexithyme Individuum gerade über sein psychosomatisches Leiden schmerzhaft Kristallisationskerne partikulärer Identitätsbildung zu sichern (vgl. Lichtenberg 1978).* Der Körper fungiert hier als Darstellungsmedium einer archaischen Identität (vgl. Brede 1971), die im wahren Sinne des Wortes tiefgreifende Erfahrung des somatischen Schmerzes demarktiert die progrediente Desorganisation der fluktuierenden Selbstkohäsivität und schützt letztlich vor der totalen Desintegration der Selbstkohäsion, wie sie zum Beispiel in der psychotischen Entgleisung evident wird (vgl. Gedo 1979b).

1.4. Triebpsychologischer Aspekt

Aus klassischer libidotheoretisch-neurosenpsychologischer Sicht (Freuds) ist die Genese psychosomatischer Erkrankungen auf einen neurotischen Triebkonflikt als maßgebenden ätiopathogenen Faktor zurückzuführen. Freud erklärte die Entstehung psychosomatischer Affektionen mit dem Konversionsmodell und dem Konzept der Aktualneurose**. Während bei den Aktualneurosen (Freud zählte dazu die Hypochondrie, die Neurasthenie und die Angstneurose) vegetative Beschwerden im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes stehen, die Freud als unmittelbare Folge einer aktuellen Störung des individuellen Sexuallebens interpretierte (vgl. GW, I, S. 414), bedingen angstbesetzte infantile Sexualphantasien, die dem Bewußtsein durch Verdrängung und Über-Ich-Zensur entzogen sind, die hysterischen Konversionssymptome (GW, I, S. 63). Im Unterschied zu den Psychoneurosen (Zwangneurose, Phobie, Hysterie) „erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellungen dadurch, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird“ (GW, I, S. 63). Das ‚Ich‘ bedient sich der Abwehrmechanismen der ‚Verdrängung‘ (‚Gegenbesetzung‘ oder ‚Besetzungsentzug‘ angstmachender Trieb- und Affektregungen) und ‚Konversion‘ (körpersymbolische

* Aus der epigenetischen Perspektive des Autors entspricht das oben geschilderte Regressionsniveau dem ersten Stadium der Realitätsprüfung, wo über das Regulationsprinzip „Intensität der Erfahrung“ fragmentarische Körpererfahrungen präverbal kodiert und zu einem ersten Realitätsgefühl verdichtet werden.

** In diesem Zusammenhang nimmt die „traumatische Neurose“ eine Sonderstellung ein. Freud sah in ihr einen Neurosetyp, bei dem Körperempfindungen als Folge emotionaler Traumata (exogen) akut auftreten (vgl. Freud, GW, XIII, S. 10).

Darstellung unbewußter Sexualphantasien), die unter Zuhilfenahme der autoplastischen Fähigkeiten des Körpers - hier im Bereich der sensumotorischen Innervationen - einen symbolischen Ausdruck der untragbaren Sexualphantasien auf der somatischen Austrageebene bewirken. Mithin wird der Körper als Darstellungsmedium in die (symptomproduzierende) „Lösung“ eines unbewußten Triebkonflikts einbezogen, wobei über eine Verchiebung genitaler Libidoquanten auf einen bestimmten Körperteil desselben nebst dem unbewußten Wunschaspekt auch die unbewußte Selbstbestrafung zuteil wird: Das durch konvertierte Sexualphantasien „libidinisierte“ Organ wird zum Ansatzpunkt für Funktionshemmungen und Schmerzsensationen.

Alexanders (1971) Erklärungsmodell psychosomatischer Symptombildung („Vegetative Neurose“ bzw. „Organneurose“) unterscheidet sich von der konversionsneurotischen Herleitung darin, daß im organneurotischen Symptom nicht verdrängte Emotionen zum Ausdruck gebracht werden, „sondern [...] die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende[n] oder periodisch wiederkehrende[n] emotionale[n] Zustände“ (vgl. Alexander 1971, S. 22). Unter dem Einfluß permanenter emotionaler Spannungen persistiert diese physiologische Reaktion (vegetative Bereitstellung), besonders wenn sich eine Über-Ich-gesteuerte Blockade der psychischen Verarbeitung des primär pathogenen Triebkonflikts hinzugesellt, und führt als Affektkorrelat im Fall der Chronifizierung zur vegetativen Neurose bzw. zur Organneurose (mit morphologisch-strukturellen Veränderungen). Mit dem Konzept der psychodynamischen Spezifität versuchte Alexander die Kausalbeziehungen zwischen den beiden Komponenten des autonomen Nervensystems (sympathische und parasympathische Bereitstellungen) und prägenitalen Triebkonfliktkonstellationen (vorrangig oralen und analen Inhalte) aufzuzeigen (vgl. Alexander 1935), welche das psychosomatische Simultangeschehen determinieren. Er konzipierte für bestimmte Krankheitsbilder (Überfunktion des Magens, Diarrhoe, essentielle Hypertonie, Thyreotoxikose) spezifisch dynamische Grundchemata zur Beschreibung des unidirektionalen Transformationsmodus vom psychoneurotischen „Es“/„Über-Ich“-Konflikt zur psychosomatischen Symptomanifestation. Die psychodynamische Konfliktspezifität bei der Hypersekretion des Magens formulierte er folgendermaßen: Versagung oral-rezeptiver Wünsche - oral-aggressive Reaktion - Schuldgefühle - Angst - Überkompensation für orale Aggression und Abhängigkeit durch real erfolgreiche Leistungen bei verantwortlichen Tätigkeiten - Verstärkung unbewußter oral-abhängiger Strebungen als Reaktion auf exzessive Anstrengungen und Konzentration - Hypersekretion des Magens (vgl. Alexander 1971, S. 81). Nach diesem Konzept strukturiert bei voll erhaltener Funktionstüchtigkeit des

„Ich' der spezifische Konflikt über das leibseelische Kontinuum hinweg linear das körperliche Symptom.

Auch bei Mitscherlich (1966, 1969) ist der neurotische Triebkonflikt die „treibende Kraft“ bei der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen: „Der dynamische Faktor in den psychosomatischen Erkrankungen ist also sowohl die Triebspannung wie eine unbewußte Angst vor Straf-, Schuld- oder Schamerlebnissen; die pathologischen Erscheinungen im psychischen wie im somatischen Bereich hat man als Reaktionsformen auf diese Angst zu begreifen“ (vgl. Mitscherlich 1969, S. 126). Die psychosomatische Störung steht dabei als Produkt einer „generativen Ich-Leistung“ im Dienst der psychoneurotischen Charakterentwicklung (vgl. Mitscherlich 1969, S. 53) und ist - in Anlehnung an das Konzept von Schmale (1964) - „Reaktionsmöglichkeit des erlebenden Individuums in hilfloser Lage“ (vgl. Mitscherlich 1966, S. 10). Neben dem primär pathogenen Es/Über-Ich-Konflikt sah der Autor in frühen Störungen der Mutter/-Kind-Beziehung einen wesentlichen pathogenetischen Faktor für die Psychosomatosen, die „mit ihren traumatischen Wirkungen auf die Trieb-, Ich- und Über-Ich-Entwicklung zu Formen charakterneurotischer Abwehr geführt haben“ und im Konfliktfall zu „Kompromißversuchen auf biologischer Ebene führten“ (vgl. De Boor, Mitscherlich 1973).

Seine Vorstellungen zur Chronifizierung psychosomatischen Leidens explizierte Mitscherlich (1969) am Modell der ‚zweiphasigen Abwehr‘: „Eine nicht abzuwendende Krise chronifiziert sich in der ersten Phase der Verdrängung oder sonstigen Abwehr mit neurotischer Symptombildung. Wenn diese psychischen Mittel der Konfliktbewältigung nicht ausreichen, erfolgt in einer zweiten Phase die Verschiebung in die Dynamik körperlicher Abwehrvorgänge. Wir sprechen deshalb von zweiphasiger Verdrängung oder Abwehr“ (S. 77). Dieser Chronifizierungsmechanismus basiert auf folgenden Voraussetzungen:

- a) „Eine der somatischen Symptombildung vorangehende grobe neurotische Fehleinstellung“ (S. 75),
- b) eine „Resomatisierung des Affektgeschehens, im Sinne einer Regression“ (S. 104) *,
- c) „als Auslöser wirkt ein realer oder phantasierter Objektverlust“ (S. 104) **,
- d) eine anschließend „entstehende Grundstimmung von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit“ (S. 104) ***.

* Vgl. dazu das ‚Konzept der De- und Resomatisierung‘ von M. Schur (1955).

** Zur ‚Bedeutung des Objektverlustes‘ als Auslöser psychosomatischer Erkrankungen: vgl. G.L. Engel (1967, 1968, 1970).

*** Das ‚Konzept der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit‘ von A.H. Schmale (1964).

Daß bei den dargestellten libidotheoretischen Theorieansätzen die Rolle der „Aggression“ im Bedingungsgefüge der Psychosomatogenese zu kurz kommt, wurde von verschiedenen Autoren zu Recht kritisiert (vgl. Bastiaans 1969; Elhardt 1974). Zwar könne man über Libidofixierung während einer bestimmten Entwicklungsphase, der damit korrespondierenden spezifischen Phantasie- und Wunschwelt und der dazu korrelierenden Aktivitätssteigerung eines spezifischen Organsystems die triebdynamische Kausalkette für die ‚Organwahl‘ herleiten, nicht aber den auto-destruktiven Charakter des psychosomatischen Symptoms (vgl. Freud, GW, 1930, S. 499) als den pathogenetisch entscheidenden Faktor der Selbstbestrafung. Elhardt (1974) nimmt in seiner Arbeit „Aggression als Krankheitsfaktor“ dazu in differenzierter Weise Stellung: „Ich vermute, daß bei schwereren psychosomatischen Krankheiten die Aggression vor allem der defensiven und der destruktiven Form für die Symptombildung die pathogenetisch entscheidende Rolle spielt und nicht die Libido. Letztere ist zwar für die Fixierungstellen verantwortlich zu machen, d.h. für die Wahl des Organsystems, das die psychodynamisch relevanten Wünsche korrelativ vertritt. [...] Die Weiterentwicklung zu einem Substanzdefekt dagegen scheint das zusätzliche Auftreten destruktiver Aggressionen autoplastischer Art vorauszusetzen, die sich präzis gegen dieses ‚Organ der verbotenen und bestrafenswerten Wünsche‘ richten“ (S. 137/138).

Aus den empirischen Untersuchungen, die von Rad (vgl. v. Rad 1977, v. Rad et al. 1977) in einer differentiellen Vergleichsanalyse an psychosomatischen und psychoneurotischen Patienten durchführte, geht hervor, daß die ersteren neben hohen Werten auf den Skalen „Trennungsangst“ und „Verleugnung“ vor allem auf der Skala für „nach innen gerichtete Aggressivität“ Maxima zeigten. Die Bedeutung aggressiver Impulse und deren selbständige Funktion in der Pathogenese psychosomatischen Leidens beschrieb schon Szasz (vgl. Szasz et al. 1947) am Beispiel des peptischen Ulcus (vgl. Overbeck und Biebl 1975), im Bereich der dermatologischen Psychosomatik verdeutlichte dies Masaph (1977 a, b, 1979). Und so ist es kein Zufall, daß psychosomatisch Erkrankte andererseits auf der Verhaltensebene eine ausgesprochene Aggressionshemmung aufweisen. Ein offener, verhaltenemäßiger Ausdruck aggressiver Gefühle zeigt sich bei diesen Patienten selten, Rivalitäten und aktiv-aggressive Interaktionsformen mit Kontaktpersonen werden vermieden (vgl. Zepf 1976, S. 34 f.).

1.4.1. Psychobiologischer Aspekt

Nach Ansicht von Nemiah (1975) ist die psychosomatische Pathologie primär auf neurophysiologische Dysfunktionen zurückzuführen. Danach werden psychosomatische Symptome durch zentralnervöse Funktionsstörungen getriggert, insbesondere durch Dysregulationen im Bereich der neutralen Faserzüge im Großhirn, die das Limbische System (Ort der „Organisation“ von Affekten) mit dem Neocortex (Ort der symbolischen Repräsentation von Gefühlen) verbinden. Marty (1969) und Fain (vgl. Kreisler, Fain, Soulé 1974) machen primäre, im Physiologischen verankerte Fixierungsmechanismen für die Genese psychosomatischer Störungen verantwortlich. Nach der Arbeitshypothese von Marty seien diese Fixierungsmechanismen zum Beispiel beim Allergiepazienten auf dem Boden intrauteriner, humoralpathologischer Interaktionen zwischen Mutter und Fetus entstanden. Loch (1959) sieht bei der psychosomatischen Regression eine Ergänzungsreihe von Objektaufgabe über narzißtische Besetzung des eigenen Körpers bis zur Aktivierung neurophysiologischer Funktionssysteme wie etwa des Diencephalon und Rhinencephalon. Als weitere biopsychische Charakteristika psychosomatischer Patienten werden eine „brüchige biologische Ökonomie“ als Folge gravierender Krankheiten und erlittener Dysfunktionen in der Kindheit, ein stör anfälliges und defizientes biopsychisches Abwehrsystem und eine angeborene ausgeprägte Triebsschwäche genannt (vgl. Marty 1976). Sami-Ali (1969) betont die Störungen in der Integration des Körperschemas beim psychosomatischen Patienten. Die Krankheit geht einher mit einer Regression auf der Ebene des subjektiven Körperbildes (L'image du corps), wobei die „imaginäre Aktivität“ des visuellen Körperbildes („corps visuel“) zugunsten der „taktilen“ Organisation („corps tactile“) zurücktritt. Nach Meinung des Autors basiert die Körperschema-Störung des psychosomatisch Erkrankten primär auf einem fundamentalen Defekt auf der Ebene des „corps tactile“ und im Gefolge dessen auf einer Entwicklungsarretierung des „corps visuel“. Stephanos (1979) stellte bei Untersuchungen an psychosomatischen Patienten Ich-Funktionsstörungen fest, die er als Resultat einer defekten Integration des Körperschemas interpretierte: Störungen des Zeitgefühls, des binocularen Sehens, der Lateralität und der Orientierung im Raum. Seiner Meinung nach liegen beim psychosomatisch Erkrankten als Basalstörung Defekte im Bereich der „primären Identität“ (vgl. Lichtenstein 1964) vor, die in die Entwicklungsphase des „pre-ego“ fällt (vgl. James 1966).

In diesem physiologischen Stadium der Ich-Entwicklung wird die erste Anpassung an die Umwelt - vermittelt über ein zu „primary maternal preoccupation“ (vgl. Winnicott 1958) und „holding function“ fähiges Mutter-Objekt - durch Veränderungen der körpereigenen Physiologie ermöglicht. Während dieser Phase der „primären Identifikation“ (vgl. Loch 1969), also zum Zeitpunkt des Übergangs vom „pre-ego“ zum „mental-ego“, setzen narzißtisch gestörte Mütter aufgrund ihres überfürsorglichen oder/und ablehnenden Verhaltens grundlegende Entwicklungshemmnisse, die eine defekte psychobiologische Entfaltung zur Folge haben. Das Ausmaß der Störungen bestimmt schließlich den Ausprägungsgrad des „mechanistischen Sektors“ (innerhalb der psychischen Organisation des psychosomatischen Individuums), der wiederum die pathologische Desorganisation in der Psychosomatose determiniert (vgl. Stephanos 1979). Welche Auswirkungen das pathogene Interaktionsangebot einer narzißtisch gestörten, „toxischen“ Mutter auf die psychobiologischen Entwicklungsprozesse eines Kindes und welche Bedeutung derartige „Grundstörungen“ (vgl. Balint 1968) für die weiteren Differenzierungs- und Integrationsprozesse der Ich-Organisation, der Ausbildung von Selbst- und Objektrepräsentanzen, der Herstellung des narzißtischen Regulationssystems und der psychosexuellen Entwicklung haben, ist im psychoanalytisch-entwicklungspsychologischen und psychosomatischen Schrifttum bereits ausführlich beschrieben worden (vgl. dazu Newell 1934, 1936; Spitz 1951, 1972; Michaels 1953; Benedek 1956; Eidelberg 1957/58; Garner und Wenar 1959; Balint 1959, 1968; Winnicott 1960, 1960/61; Sandler 1960; Bowlby 1961/62; Ritvo und Solnit 1961/62; Wisdom 1962; Schmale 1962, 1964; De Boor 1965; Fenichel 1966; Kohut 1966, 1971, 1977; Kernberg 1966, 1972, 1975; Mitscherlich 1967; Joffe and Sandler 1967; Richter und Beckmann 1969; Engel 1970; Schuhmacher 1970; Fain 1971; Braunschweig und Fain 1971; Miller 1971; Grunberger 1971; Mahler 1972; Freyberger 1972; Loch 1972; Blanck and Blanck 1974, 1979; Zepf 1976, 1981; Mertens 1981 u.v.a.). Dabei ist es gleichgültig, welche Seite der ‚maternal rejection‘ überwiegt, ob er nun der überbehütende oder der offen ablehnende Aspekt ist, in beiden Fällen kann mit einem inkonstanten oder/und reduzierten Interaktionsangebot von seiten der Mutter gerechnet werden.* Bei einer derartigen „restriktiven Praxis“ der

* Eine idealtypisch erziehende Mutter würde hingegen die undifferenzierten Spannungszustände des Säuglings in konkrete Bedürfnisse qualifizieren, indem sie durch ein gleichmäßiges und konstantes Interaktionsangebot einschließlich der kontinuierlichen Darbietung von notwendiger Verwöhnung und Versagung für Entspannung sorgt und zugleich das adäquate Stimulationsmaß für die Entwicklung von autochthoner Funktionslust vermittelt (vgl. Engel 1970). Dazu Zepf (1976): „Als subjektiver Niederschlag realer Interaktionen wird Körperbedarf in der Gestalt von Interaktionsengrammen inhaltlich differenziert. Mithin gilt: Das Ausmaß der sensorischen Differenzierung undifferenzierter Spannungszustände hängt ab von der Breite des mütterlichen Interaktionsangebotes und von dessen Konstanz, der selektiven Wiederholung einzelner Interaktionen“ (S. 66/67).

mütterlichen Erziehungsperson „werden die Interaktionsengramme notwendig undifferenziert bleiben und deshalb auch keine selektive Spezifität gewinnen können. Dies wiederum bedeutet, daß die Ausdifferenzierung des biologischen Organismus in bestimmte physiologische Abläufe eingeeignet wird. Die Bedingungen für bestimmte physiologische Körperprozesse können hier nicht mehr in abgrenzender Differenzierung zunehmend präzisiert werden. Ihr integratives Zusammenspiel bleibt mithin relativ undifferenziert und damit arretiert auf dem Organisationsniveau eines ‚physiologischen Infantilismus‘. Überwiegt in der Sozialisationspraxis der überfürsorgliche Aspekt, dann besteht ferner keinerlei Veranlassung für probierende und differenzierende, neue integrative Zusammenschaltungen von bereits als wesentlich qualifizierten Perzepten.[...] Aber auch wenn in diesem Mischungsverhältnis die andere Seite, das versagende und offen ablehnende Verhalten überwiegt, läßt sich das gleiche Resultat vermerken. Erstens fehlt es hier an notwendigen selektiven Bekräftigungen und zweitens sind die Voraussetzungen nicht gewährleistet, die für die Entwicklung einzelner Funktionen nötig sind.* Entwicklung, Verfestigung und Integration einzelner Körperfunktionen als taugliche Mittel der Bedürfnisbefriedigung sind in mehrfacher Weise von der Wechselbeziehung mit Objekten abhängig, die real Bedürfnisse befriedigen“ (Zepf 1976, S. 81/82).

1.4.2. Bedeutung der Affekte

Cremerius (1978) wies in seiner Arbeit „Freud als Begründer der psychosomatischen Medizin“ darauf hin, daß die Wirkung von Affekten auf die Organfunktion bereits Freud (1895) am Krankheitsbild der Angstneurose und später der Physiologe Cannon (1927, 1931) auf experimentellem Weg nachgewiesen haben. Dabei zeigte sich, daß es keine Affekte gibt, die nicht mit Affektionen der Organfunktion einhergehen. Der Schlüssel zum Verständnis der Entstehung psychosomatischer Krankheiten (wie z.B. Migräne, Hypertonie, Fettsucht, Magersucht usw.) liegt nach Meinung des Autors darin, daß bei dieser Patientenspecies durchweg eine Störung der Affektverarbeitung (Unfähigkeit der Affektwahrnehmung oder Affektabfuhr) vorzufinden ist. So fiel bei Untersuchungen an Kranken mit essentieller Hypertonie auf, daß sie in bedrohlichen Situationen Affekte wie Wut oder Ärger gar nicht oder nur unterschwellig empfanden. Cremerius (1978): „Bei ihnen ist also dieser Teil des psychophysischen Affektganzen, dieser Szene sozusagen, verdrängt. [...]“

* An dieser Stelle sei auf die Untersuchungen von R.A.Spitz (1972) hinsichtlich der Entstehung appetitiver Verhaltensweisen beim Kleinkind hingewiesen.

Der Bedrohungscharakter der Situation wird unbewußt voll erlebt, aber verhartet, um im Bild zu bleiben, unsichtbar hinter der Bühne. Der andere Teil der Szene, die körperliche Repräsentanz des Geschehens, läuft voll und ganz ab. Es kommt zur kompletten Ausbildung der Blutdruckerhöhung, der Zuckermobilisation und so fort. Ja, es geht sogar noch weiter. Der bewußte Affektanteil bleibt nicht nur hinter den Kulissen, er verwandelt sich häufig. So sehen wir solche Menschen in derartigen Situationen sich völlig affekt-inadäquat verhalten: freundlich, ruhig und sachlich, bis gefügig und unterwürfig" (S. 41).

Während nun beim „essentiellen“ Hypertoniker Verdrängung und Abspaltung aggressiv gefärbter Affekte auf der somatischen Austragebene zur Blutdruckerhöhung und auf der psychischen Abwehrseite zur Reaktionsbildung („Verkehrung ins Gegenteil“) führen, sind die Aufspaltung des psychophysischen Affektganzen und die lineare Zuordnung von Affektbetrag und zugehöriger somatischer Reaktion bei anderen Organen bzw. Organsystemen nicht so einfach nachzuvollziehen.* Wolf und Wolf (1947) und Margolin (1952/53) stellten bei Untersuchungen an Patienten, bei denen wegen Speiseröhrenverätzung künstliche Magen fisteln angelegt werden mußten und die während der Behandlung Stressituationen ausgesetzt waren, auf die sie mit Wut reagierten, unterschiedliche somatische Reaktionen fest. Während die Patientin von Margolin trophotrope Reaktionen (gesteigerte Säuresekretion und vermehrte Blutzufuhr im Magen) zeigte, war bei dem Patienten von Wolf und Wolf eine ergotrope Schleimhautreaktion (blasse Magenschleimhaut) festzustellen. Oberflächlich betrachtet, waren die Stressituationen und die affektiven Reaktionsmuster vergleichbar, doch spätestens bei der Vergegenwärtigung der differanten somatischen Manifestationen wird deutlich, daß die je individuelle Verarbeitung (scheinbar) gleicher Reize höchst unterschiedlich ist und von mannigfaltigen Persönlichkeitsparametern, wie Trieborganisation, Affektdifferenzierung, strukturelle Entwicklung und Objektbeziehungs niveau, abhängig ist.** Infolgedessen sind eine isolierte Betrachtung von Affektgrößen (Freude, Schreck, Angst, Wut, Ärger usw.) und die Herstellung eines unidirektionalen Kausalzusammenhangs zwischen verdrängten Affekten als causa prima und Organmanifestation als Folge für eine differenzierte Erfassung der Genese psychosomatischen Leidens ohne Erklärungswert und für eine weiterführende psychosomatische Forschung obsolet.

* Grinker (1961/62) wies auf die grundsätzliche Problematik des affektphysiologischen Ansatzes in der psychosomatischen Forschung und auf die damit verbundener methodischen Schwierigkeiten bei korrelationsphysiologischen Untersuchungen hin.

** Blanck und Blanck (1979) sprachen aus epigenetischer Perspektive von „phasenspezifischer Syntonizität“ dieser Persönlichkeitsparameter.

Zepf (1976) sieht in einer Zusammenschau von epigenetischen und phänomenologischen Gesichtspunkten Parallelen zwischen dem psychosomatischen Subjekt und der von Deutsch (1942) beschriebenen sogenannten „Als-ob-Persönlichkeit“ (vgl. Eidelberg 1938; Winnicott 1960; Lichtenstein 1961; Heimann 1966; Meissner 1974 u.a.). Phänomenologisch betrachtet, imponiert bei diesem Persönlichkeits-typus neben einer „complete adaption to the current enviroment“ eine ausgeprägte Störung im Bereich affektiver Erfahrungsmöglichkeiten. Diese Menschen wehren im Unterschied zu zwangsneurotischen Patienten die breite Palette affektgetragener Erlebnis- und Reaktionsformen nicht ab, sondern simulieren sie schlichtweg. Aus epigenetischer Sicht fehlte diesen Individuen mit ihrem „falschen Selbst“ in frühester Kindheit während der symbiotischen Phase das „good enough mothering“ einer empathiefähigen Mutter (vgl. Winnicott 1960). Da in diesem Entwicklungsstadium beim Kind noch keine klar abgrenzbaren Objekt-repräsentanzen existieren, erfährt es den Ausfall an sicherheitsstiftender empathischer Zuwendung als basale Erschütterung seines Existenzgefühls und nicht als emotionale Insuffizienz des mütterlichen Objekts. Zur Bewältigung der daraus resultierenden Angst- und Spannungszustände entwickelt das Kind vorzeitig eine Fülle an Adaptationsmechanismen (i.e. „als-ob“-Mechanismen) und eine „seismographische“ Kompetenz, mit deren Hilfe es die jeweiligen Erwartungen und Bedürfnisse der Mutter erapüren und sich dementsprechend optimal anpassen kann (vgl. Margolin 1953; Mahler 1972). Aufgrund dieser anpassungsorientierten Reaktionsmuster verkümmern beim Kind die Entwicklung seiner affektiven Modulationsbreite und die darauf aufbauende Fähigkeit, eigene Empfindungen und Gefühle zu erleben. Denn wenn es Affekte wie Zorn, Wut, Neid, Angst etc. zuließe und spontan auslebte, würde es (in seiner kindlichen Phantasiewelt) Gefahr laufen, die lebenserhaltende Dualunion mit der Mutter zu verlieren. Infolgedessen haben diese Menschen nie gelernt, eigene Affekte und Emotionen in voller Lebendigkeit und mit ruhigem Gewissen zu erleben, und sind später auch unfähig, eigene Gefühle und Bedürfnisse in bedeutungsvolle Worte zu kleiden („Emotionales Analphabetentum“). So verbleiben sie in ihrem weiteren Leben in permanenter Anpassungs- und Reservehaltung, vermögen „nicht so richtig aus sich herauszugehen“ und führen ständig ein Leben „aus zweiter Hand“. In klinisch-deskriptiver Hinsicht imponieren bei der „als-ob“-Persönlichkeit die affektflache, überangepaßte Interaktionsattitüde und das mißtrauisch-distanzierte Umgehen mit anderen Menschen. Diese Individuen leiden an einer Art „Normopathie“, die mit psychopathologischen Kategorien wie ‚neurotisch‘ oder ‚psychotisch‘ nicht zu erfassen ist. Deutsch (1942) selbst hält diese Menschen

noch am ehesten für präpsychochotisch, was aus epigenetischer Sicht (vgl. Mahler, Pine, Bergman 1975) für eine frühe Traumatisierung im Übergangsbereich von der symbiotischen Phase zu der Differenzierungsphase (i.e. die erste Subphase im Loslösungs- und Individuationsprozeß) spricht.* Dabei ist die Überlegung einer strukturellen Affinität - wenn nicht sogar Identität - von „als-ob“-Persönlichkeit und psychosomatischer Persönlichkeit nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen (vgl. Zepf 1976).

In einer kurzen Zusammenfassung der bisherigen Überlegung zur Bedeutung und zum Stellenwert der Affekte im Rahmen des psychosomatischen Krankheitsgeschehens ist zum einen festzuhalten, daß mit Hilfe eines affektphysiologischen Forschungsansatzes eine sinnvolle und umfassende Beantwortung dieser Frage nicht möglich ist. Zum anderen erfährt man auf dem Weg eines phänomenologisch-deskriptiven Vergleichs von persönlichkeitsstypischen Strukturmerkmalen der „als-ob“-Persönlichkeit und des psychosomatischen Subjekts, daß sich beide sowohl im äußeren Verhalten als auch im Umgang mit ihrer Affektivität sehr ähnlich sind. Neben einer auffallenden Verhaltensnormalität (Überangepaßtheit) ist bei diesen Menschen eine Art ‚Simulation von Affekten‘ festzustellen. Affekte wie Ärger, Freude, Angst, Wut usw. vermögen diese Individuen nicht in aller Lebendigkeit und Schwingungsbreite zu erleben, sie sind in ihrer affektiven Modulationsfähigkeit beeinträchtigt und leisten sich nach außen hin - wohl auch aufgrund ihrer zur zweiten Natur gewordenen Anpassungshaltung - in Stressituationen allenfalls wohltemperierte Affekterregtheit. Es war außerdem zu erfahren, daß die Entwicklung von „als-ob“-Mechanismen, die durch ein unempathisches Verhalten einer narzißtisch gestörten Mutter regelrecht erzwungen wird, dem Kind als Hilfsmittel zur Bewältigung übermäßiger Spannungszustände und in Hinblick auf Angstabwehr (von Objektverlustangst) dienlich ist (vgl. Margolin 1953; Mahler 1972). Das in seinem basalen Sicherheitsgefühl erschütterte Kind glaubt nur so die existenznotwendige Dualunion mit dem Primärobjekt sichern zu können, auch wenn es dabei den Preis einer ausschließlich auf mütterliche Erwartungen und Wunschvorstellungen ausgerichteten Kalibrierung eigener Affekte und Bedürfnisse zu zahlen hat.

* Welche Bedeutung für die Entwicklung des kindlichen Selbstvertrauens in dieser Übergangsphase die Konstituierung und der Gebrauch eines sog. „Übergangs-Objekts“ hat, wurde von Winnicott (1953), Tolpin (1971), Busch et al. (1973, 1974, 1977) beschrieben. Nach Ansicht M. Mitscherlichs (1978) liegt bei psychosomatischen Individuen eine frühe Störung bei der Herstellung von und im Umgang mit dem Übergangs-Objekt vor.

Es wäre jetzt in einem nächsten Schritt - nämlich der epigenetischen Dimensionierung - zu klären, welches „Schicksal“ solchermaßen vergewaltigte Affekte im ontogenetischen Entwicklungsrahmen dieser Menschen und damit in engverzahnter Wechselwirkung mit der Trieborganisation, der strukturellen Entwicklung, der Ausbildung der Repräsentanzen-Welt und der Ausdifferenzierung von Objektbeziehungsstrukturen haben werden. (Eine umfassende Erörterung dieser interessanten Fragestellungen würde aber den Rahmen dieser Untersuchung sprengen, weshalb an dieser Stelle nur eine erste Annäherung an diesen komplexen Gegenstandsbereich erfolgen kann.)

In den präverbalen Stadien der menschlichen Ontogenese spielen Affekte eine zentrale Rolle als angeborene Grundausdrucksweisen von Bedarfszuständen, Stimmungen und Befindlichkeiten und stehen mithin im unmittelbaren Dienst der Selbsterhaltung. Darwin (1872) betrachtet sie als phylogenetische Kernelemente komplexerer Handlungsmuster beim Menschen, die genetisch vorprogrammiert und nicht über Imitation oder ‚Lernen am Modell‘ angeeignet sind (vgl. Eibl-Eibesfeldt 1976). Affektive Grundstrukturen wie Wut, Arger, Überraschung, Scham, Angst, Freude etc. sind eng assoziiert mit muskulären und physiologischen Aktions schemata und vermitteln biologische Reaktionsmuster mit objektbezogenen Signalen zu primären psychobiologischen Interaktionsformen (vgl. Tomkins 1962; Ekman 1973; Basch 1976; Sandler und Sandler 1978). Die angeborenen affektiven Grundmuster werden nun im Interaktionsrahmen der Mutter/Kind-Dyade in objektspezifische Emotionen transformiert, die ihrerseits die Entwicklung von ich-funktionellen Strukturen (Gedächtnis, Wahrnehmung, Orientierung usw.) vorantreiben, den Ausbau von Objektbeziehungen fördern und somit die Basis für eine menschen spezifische Kommunikationsform schaffen, nämlich die Bildung und den Gebrauch von kognitiven und sprachlichen Symbolen (vgl. Spitz 1957, 1959, 1965).^{*} Über die „Kultivierung“ zunächst Sinnloser und objektfreier Affektgrößen zu bedeutungsvollen und objektbezogenen Emotionen erfolgen zugleich mit der Herausbildung eines differenzierten Symbolgefüges der Ausbau und die Verfeinerung der strukturellen Vielfalt von Selbst- und Objektrepräsentanzen (vgl. Sandler, Rosenblatt 1962; Sandler, Joffe 1969; Bastiaans 1976, 1979). Kutters (1978, 1979) Unterscheidung zufolge stellen

^{*} Spitz (1965) spricht in diesem Zusammenhang von der Entwicklung „psychischer Organisatoren“, denen während der „kritischen Phasen“ eine Integration der Entwicklungsströmungen und eine nachfolgende Umstrukturierung des psychischen Systems auf einer Ebene höherer Komplexität zugrunde liegt. Als ersten Organisator beschreibt er die „Reaktion des blickerwidernden Lächelns“ (S. 136), als Indikator für den zweiten die „Acht-Monats-Angst“ (S. 176) und schließlich die Beherrschung des „Nein“ (in Gebärde und Wort) als dritten Organisator (S. 202), der über Identifizierung mit der aggressiven Mutter zustande kommt.

Affekte vitale, kurz dauernde Ausdrucksmöglichkeiten dar, die in Begleitung eines physiologischen Erregungsmusters nach dem Gesetz von Spannung und Entspannung kurzschlüssig ablaufen. Emotionen hingegen bewegen sich zwischen den Polen von Lust und Unlust und haben einen personalen Charakter von Objektrepräsentanzen zur Voraussetzung, wodurch die damit einhergehende körperliche Erregung objektspezifisch ausgerichtet wird. Leidenschaften definiert der Autor als lang dauernde triebgebundene Erregungsformen, die auf ein Befriedigungsziel konzentriert sind und deren Abwehr zu Angst und schließlich zur Psychosomatoze führen kann.

1.5 Selbstpsychologischer Aspekt

Aus selbstpsychologischer Sicht widerspiegeln sich gerade in psychosomatischen Störungen pathologische Irritationen der frühen Loslösungs- und Individuationsphase (vgl. Mahler et al. 1978), die zu einer Fehlentwicklung der Selbst-Objekt-Differenzierung bzw. Selbst/Objekt-Integration führen und „eine Entfremdung vom Selbst von anderen oder von Selbst und anderen“ (vgl. Stierlin 1969) nach sich ziehen. Dies wiederum führt zu Störungen der Funktionen innerer Objekte, wie es Stierlin (1970, 1976) ausführlich beschrieben hat. Blanck und Blanck (1978, 1980) wiesen in Anlehnung an die Forschungsergebnisse von Mahler et al. (1978) und Kohut (1973) darauf hin, daß aufgrund unempathischer Eltern/Kind-Interaktionen die symbiotische Selbst/Objekt-Einheit und die anschließende Differenzierung bzw. Integration von Selbst- und Objektrepräsentanzen in der Loslösungs- und Individuationsphase nicht phasenadäquat bewältigt werden können, wodurch es zur Entwicklung eines pathologischen Narzißmus und damit verbunden zu einem gestörten Selbstwertgefühl kommt. Bei einer solchermaßen durch „restriktive (mütterliche) Praxis“ (vgl. Zepf 1976) beschädigten Organisation des Selbst und einer mangelhaft ausgebildeten Selbstkohäsivität neigen die narzißtischen Entwicklungsstränge (unter psychischem Stress) zur Dissoziation und vermitteln dem betreffenden Individuum in seiner subjektiven Empfindungswelt ein inkonsistentes Selbstwertgefühl. Dabei existieren Größenphantasien neben Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühlen, Omniscienz- und Omnipotenzgefühle alternieren mit schlechtem Selbstwertgefühl oder gar mit Selbstverachtung. Deswegen ist es nicht verwunderlich, daß in der psychosomatischen Fachliteratur hinsichtlich des Selbstwertgefühls psychosomatischer Patienten entweder von einem labilen und reduzierten Selbstwertgefühl die Rede ist oder von einer kompensatorisch übersteigerten Selbstwert-Fassade gesprochen wird (vgl. Zauner 1967; Richter und Beckmann 1967; Enke et al. 1968;

Rees 1967; Hahn und Clark 1967; Karush et al. 1968; Mohr et al. 1968; Freyberger 1972). Die Interaktionen von labilem Selbstwertsystem und qualitativem Niveau der Objektbeziehungen* führen bei psychosomatischen Patienten zu psychodynamischen Charakteristika, die in der Literatur schon ausführlich beschrieben worden sind (vgl. Freyberger 1976; Drees et al. 1976). So reagieren diese Patienten auf einen realen oder phantasierten Objektverlust, der als massive narzißtische Kränkung „verbucht“ wird (vgl. Kohut 1973), mit narzißtischer Wut, Ohnmacht und einem allgemeinen Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit (vgl. Engel, Schmale 1969, Schmale et al. 1970): Typisch ist für diese Patienten auch der spezifische Modus der Aggressionsabwehr: Aggressive Impulse und Gefühle werden nicht angenommen, geschweige denn ausgelebt, sondern verdrängt und über eine Fassade der Verhaltensnormalität abgedichtet (vgl. Bastiaans 1974, 1976, 1979; Zepf 1976). Weiterhin zeichnet psychosomatisch Kranke das Aufsuchen narzißtischer Ersatzziele und insbesondere die autonarzißtische Besetzung des eigenen Körpers im hypochondrischen Selbstbezug (vgl. Freyberger 1979) aus. Überdies sind diese Patienten gekennzeichnet durch die massive Beeinträchtigung ihrer Introspektions- und Empathiefähigkeit und durch eine mangelhafte Realitätskontrolle, die auf einer Differenzierungsstörung der Selbst- und Objektrepräsentanzen basiert und mit Verleugnungs- und Idealisierungsmechanismen einhergeht (vgl. Freyberger 1977, 1979). Stephanos (1973, 1979) führte in diesem Kontext den Begriff des „narzißtisch-energetischen Equilibriums“ ein, das bei psychosomatischen Patienten aufgrund der pathologischen Fixierung an physiologische Mechanismen, einer „brüchigen“ psychosomatischen Ökonomie und einer fragilen Vor-Ich-Organisation stets äußerst labil ist; die autoerotische Besetzung des Körpers konnte nicht erfolgen, die Ausbildung eines Vorbewußten als Ort der bewußtseinsnahen Phantasien und Images ist mangelhaft und liefert den psychosomatischen Patienten seinen „symbollosen“ archaisch-physiologischen Erregungsmustern aus. Psychische Traumata führen schließlich zur Mobilisierung der physiologischen Fixierungsmechanismen und zur narzißtischen Besetzung des eigenen Körpers (vgl. Loch 1959). Die maligne psychosomatische Regression als gemeinsame Endstrecke des kollabierten narzißtisch-energetischen Äquilibriums zieht pathologische Desorganisationsprozesse nach sich und hat im Extremfall der progredienten Desorganisation (vgl. Marty 1976) den Tod zur Folge.

* Siehe dazu Punkt II. 1.1. dieser Arbeit

1.6. Ichpsychologischer Aspekt

Aus der strukturellen Perspektive der psychoanalytischen Ichpsychologie betrachtet, entwickeln sich die Ichfunktionen bei psychosomatischen Patienten vor allem im Hinblick auf die Vermeidung unlustvoller Spannungszustände und auf die Herstellung bzw. den Erhalt narzißtischer Objektbeziehungen (vgl. Zepf 1976). Die basale narzißtische Bedürftigkeit und die damit einhergehenden ausgeprägten Objektverlustängste dieser Individuen arretieren die freie Entfaltung der Ichfunktionen und stellen diese in den Dienst instrumentalisierter Objektbeziehungen, in denen die Bezugsobjekte nicht als eigenständige, vom Subjekt unabhängige Partner gesehen werden, sondern quasi als „Hilfs-Ich“ und Nährquelle narzißtischer Zufuhren fungieren. Bereits Schur (1955) wies in seinen Arbeiten darauf hin, daß bei psychosomatisch Kranken vermutlich eine Entwicklungshemmung der Neutralisierungsfunktion des Ich vorliegt. Das Ich solcher Individuen vermag zunehmend Triebenergien nicht mehr zu neutralisieren, was zu regressiven Reaktionsweisen und zum Vorherrschen primärprozeßhafter Funktionen führt. Das Ich als Vermittler zwischen Es, Über-Ich und Außenwelt ist das eigentliche Anpassungsorgan des Menschen. Es arbeitet nach dem Realitätsprinzip auf dem Niveau des Sekundärprozeßdenkens, und für diese Aufgabe stehen ihm ganz bestimmte „Werkzeuge“ (Wahrnehmung, Gedächtnis, Kognition, Motorik und Triebsteuerung) zur Verfügung. Die beim Menschen im Vergleich zum Tier verlustig gegangene Instinktkoordination des Handelns wird nunmehr vom Ich als flexiblerem Selbsterhaltungsorgan ersetzt. Das Ich ist darüber hinaus „Angestätte“ und für die Entwicklung und den Einsatz von Abwehrmechanismen zuständig. Aus der Fülle dieser Aufgaben und Funktionen erhellt die eigentliche Relevanz des Ich für eine gesunde psychophysische Entwicklung eines Individuums. Wenn nun wie bei psychosomatischen Patienten erhebliche Defizite in der Ich-Entwicklung vorliegen, kommt es in belastenden Situationen zu unreifen Angstreaktionen und zur Regression unterschiedlichen Ausmaßes. Je nach Schweregrad der Ich-Schädigung führen bedrohliche Reize zu psychoneurotischen Reaktionsmustern oder gar zur „physiologischen Regression“ (nach Schur ein Typus von Regression mit Resomatisierung), wenn die psychische Verarbeitungskapazität überschritten ist. Die Insuffizienz des defekten Ich, Spannungen auf psychischer Ebene zu verarbeiten und sie sozusagen symbolvermittelt in Suspension zu halten, schafft die Voraussetzung für unbewußte Spannungsabfuhrvorgänge, bei denen bewußtseinsferne namenlose Affektgrößen unmittelbar in physiologische Entladungskanäle gelangen und dort Gestalt in Form der somatischen Symptombildung annehmen. Nach Stephanos (1979) determiniert

dieser „Ich-Kollaps“ den Zusammenbruch des labilen „narzißtisch-energetischen Gleichgewichts“ bei psychosomatischen Patienten und führt im Bezugssystem der vie opératoire zur archaischen Regression auf die Ebene des automatistisch-mechanistischen Denkens, was in der Regel einen rapiden somatischen Verfall zur Folge hat.

Ähnlich wie Schur betonte Mitscherlich (1966, 1969) Ich-strukturelle Unterschiede zwischen Psychoneurose und Psychosomatose. Er stellte bei psychosomatischen Patienten eine „Charaktermonotonie“ fest, ein Ich, in dem neurotisch deformierte Charakterzüge vorherrschen und unbewältigbare Affekte ungehindert in somatische Ausdruckskorrelate kanalisiert werden, weil sie durch ungenügende Konfliktbearbeitung des Ich psychisch nicht mehr zu beherrschen sind. Bei chronischen psychosomatischen Krankheiten hat nach Mitscherlichs Ansicht eine Verschiebung in die Dynamik körperlicher Abwehrvorgänge stattgefunden. Ein durch frühe Störungen in der Mutter/Kind-Beziehung geschwächtes Ich (vgl. de Boer und Mitscherlich 1973) bricht unter dem Druck starker affektiver Spannungen zusammen und sucht sein Heil in Kompromißversuchen auf somatischem Organisationsniveau. In einer ersten Phase der Abwehr schafft das brüchige Ich des „Psychosomatikers“ über neurotische Symptombildung den aktuellen psychischen Konflikt gerade noch im Zaum zu halten, dauert die Krise aber an, so findet in einer zweiten Phase erneuter Konfliktabwehr die Resomatisierung im Sinn einer Regression der Konfliktdarstellung auf körperliches Leiden statt („Theorie der zweiphasigen Abwehr“ nach Mitscherlich 1969).

Auch andere Autoren sehen als wesentliche ichpsychologische Charakteristika psychosomatischer Patienten eine ausgeprägte Ich-Schwäche beziehungsweise eine Brüchigkeit der Abwehrorganisation (vgl. Stephanos 1973), die als Resultat frühkindlicher Traumatisierungen und Störungen der Desomatisierungsprozesse betrachtet werden (vgl. Schur 1955) und die die entscheidende Voraussetzung für die psychosomatische Regression in emotionalen Spannungs- und Krisensituationen darstellen. Diese strukturellen Ich-Defekte (vgl. Ammon 1972) korrelieren im Schweregrad ihrer Undifferenziertheit mit der archaisch-unentwickelten Organisationsform des rigiden Über-Ich, wofür die Ergebnisse der Untersuchungen von Garma (1957) an Ulcuskranken sprechen. Die reduzierte Leistungsfähigkeit des psychischen Organisationsapparates bei psychosomatischen Kranken kommt auch in der eingeschränkten Symbolisierungsfähigkeit des Ich und in seinen Abspaltungstendenzen zum Ausdruck (vgl. Mitscherlich 1961; Rosenkötter 1970). Overbeck (1974)

konnte in Untersuchungen an Ulcuspatienten nachweisen, daß im Gegensatz zu psychoneurotischen Patienten bei dieser Patientenspecies aufgrund einer insuffizienten psychischen Abwehrorganisation die Indienstnahme reifer psychischer Abwehrformen (z.B. „Verdrängung“) weitaus seltener vorkommt und statt dessen die Zuhilfenahme primitiver Abwehrmechanismen (z.B. „Verleugnung“ und „Projektion“) überwiegt. Genauso kann das regressive Somatisieren in Spannungssituationen bei diesen Patienten als Ausdruck einer undifferenziert-archaischen Abwehrmechanik interpretiert werden, in der sich einmal mehr die Impotenz des Ich zur psychischen Konfliktbewältigung widerspiegelt (vgl. Overbeck und Biebl 1975). In die gleiche Richtung zielen auch die Beobachtungen der Pariser psychoanalytischen Schule (P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan, C. David und M. Sami-Ali), die mit ihrem Modell der *pensée opératoire* einen psychosomatischen Prägnanztyp zu beschreiben versuchen und als pathognomische Kriterien der psychosomatischen Individuen einen charakteristischen Mangel an Phantasien, eine eigentümliche psychische „Leere“ und ein spezifisches automatisch-mechanistisches Denken angaben, deren pathoätiologische Wurzeln unter anderem im Bereich einer frühen strukturellen Ich-Störung angesiedelt werden.

Zum Abschluß sei noch auf die Kategorie des „mechanistischen Sektors“ hingewiesen, mit der Stephanos (1979) in Weiterführung von Marty's Konzept der „primären strukturellen Mangelzustände“ (vgl. Marty 1969, 1976) die für die psychosomatische Pathologie relevanten Grundkomponenten, nämlich sowohl die tiefgreifende bio-psychische Reifungsstörung als auch die nur mangelhaft ausgebildeten Ichfunktionen, auf den Begriff brachte. Auch er machte bei seinen Untersuchungen an psychosomatischen Patienten die Erfahrung, daß „die Patienten so leer auf den Interviewer [wirken], als hätten sie überhaupt keine psychische Struktur“ (S. 232).

2. Strukturprofil von Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten

2.1. Differentialdiagnostische Unterschiede

Beim augenblicklichen Stand der psychosomatischen Forschung ist wegen Fehlens von systematischen Vergleichsuntersuchungen eine differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten nach definierten psychischen (bzw. psychopathologischen) Kriterien kaum möglich. Eine von McKegney und Mitarbeitern (1970) durchgeführte Vergleichsstudie von Crohn- und Kolitis-Patienten erbrachte keine statistisch signifikanten Unterschiede in den meisten Krankheitsvariablen. Die Autoren kamen deshalb zu der Schlußfolgerung, daß es sich bei diesen organmedizinisch unterscheidbaren Krankheitsbildern nur um zwei verschiedene organsprachliche Antworten auf ein Spektrum ähnlicher Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren handelt, welche die Entstehung und den Verlauf dieser Krankheiten entscheidend beeinflussen. Infolgedessen läge beiden Krankheitsbildern derselbe psychosomatische Prägnanztypus zugrunde.* Aus Untersuchungen von Paulley (1958, 1971, 1974) lassen sich zumindest Unterschiede zwischen Crohn- und Kolitis-Patienten in Hinblick auf ihr Interaktionsverhalten gegenüber ihnen nahestehenden Bezugspersonen ableiten. Morbus-Crohn-Patienten wirken im Umgang mit Kontaktpersonen flexibler und kooperativer, während Kolitiker jenseits ihrer intensiven symbiotischen Beziehungen kaum Kontakte mit anderen Menschen pflegen. Sie gelten deshalb während stationärer Krankenhausaufenthalte als „schwierige Patienten“, während Crohn-Patienten aufgrund ihrer Aggressionshemmung und „Verhaltensnormalität“ vom Stationspersonal eher akzeptiert werden (vgl. Paulley 1971).

* Eine kritische Würdigung dieser Hypothese ist an dieser Stelle nicht möglich, sollte aber im Rahmen weiterführender Arbeiten unbedingt erfolgen.

2.2. Objektbeziehungsformen

In der Literatur werden gleichermaßen bei Crohn- und Kolitis-Patienten symbiotische Mutter/Kind-Beziehungen beschrieben. Meist sind diese Individuen auf eine Schlüsselfigur - in der Regel die Mutter - fixiert und leben quasi durch sie wie in einem schützenden Nährmedium. Umgekehrt neigen die Mütter dieser Patienten aufgrund ihrer eigenen narzißtischen Störungen dazu, ihre Kinder fest an sich zu binden und jedwede Autonomiebestrebungen sofort mit Liebesentzug zu bestrafen und Loslösungs- und Individuationsversuche durch versteckte oder offene Zurückweisung im Keim zu ersticken. Dies wiederum löst beim Kind massive Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle aus, die es durch verstärkte Leistungen in der Anpassung an die Erwartungen und Bedürfnisse der Mutter zu beruhigen sucht. Poser und Lee (1963) und Freyberger (1970) stellten in Untersuchungen an Kolitis-Patienten fest, daß deren Fixierung auf einem symbiotischen Objektbeziehungs-niveau auch später in ihren Partnerschaften und im Arzt/Patient-Verhältnis zum Ausdruck kommt. Nicht selten folgt der Auflösung der Arzt/Patient-Beziehung ein Krankheitsrezidiv.

Mc Mahon und Mitarbeiter (1973) verglichen Persönlichkeitszüge und Abwehrmechanismen von Kolitis- und Crohn-Patienten mit denen gesunder Geschwister. Dabei zeigten sich bei 35 von 75 definierten Persönlichkeitszügen statistisch signifikante Unterschiede zwischen Patienten und gesunden Geschwistern: Die Patienten waren weitaus mehr als ihre Geschwister bemüht, den Eltern zu gefallen und deren Erwartungen zu entsprechen. Sie hatten offensichtlich die Entwicklungsstufe der Elternidealisation nicht überwunden und die Herstellung einer eigenen Identität als psychisch autonome Individuen längst durch ein Leben in kritikloser Akzeptanz elterlicher Autorität und bedingungsloser Anpassung an elterliche Wunschvorstellungen ersetzt. Die Entwicklung reifer Beziehungen beschränkten sie auf ein notwendiges Minimum, eine normale Adoleszenzentwicklung mit rebellischer Pubertätsphase machten sie ganz im Gegensatz zu ihren gesunden Geschwistern nicht durch. Aus Untersuchungen von Familien mit Crohn-Patienten geht hervor, daß diese bereits seit früher Kindheit ausgesprochen gehorsam und überangepaßt wirken (vgl. Grace 1953; Kraft 1964). In diesen Familien scheint großer Wert auf eine frühe Sauberkeitserziehung gelegt zu werden, und das Durchleben einer Trotzphase ist bei den Kindern kaum zu beobachten. Als Erwachsene scheinen diese

Individuen dann in einem permanenten Spannungsfeld zwischen ausgeprägten Abhängigkeitskonflikten mit dem primären Bezugsobjekt auf der einen Seite und chronischen Kontaktängsten in zwischenmenschlichen Beziehungen auf der anderen Seite zu leben (vgl. Ford et al. 1969; Crohn et al. 1970; Whybrow et al. 1968, 1973).

2.2.1 Persönlichkeitsmerkmale der Eltern

Die im Schrifttum angegebenen Persönlichkeitsmerkmale der Eltern von Crohn-Patienten decken sich weitgehend mit denen der Eltern von Kolitis-Patienten. Die Mütter werden als extrem ängstlich, furchtsam und überbehütend in ihrem Verhalten den Kindern gegenüber beschrieben (vgl. Reinhart und Succop 1968). Sie verleugnen ihre Ängste und haben Mühe, verständnisvolle Wärme und Liebe auszudrücken (vgl. Mohr et al. 1958; Arthur 1963). Sie zeigen zwanghafte und possessive Persönlichkeitsmerkmale und sind in der Familie die dominierenden Personen, die ihren Haushalt überkorrekt versorgen und sich im Berufsleben häufig als überaktive und perfektionistische Frauen darstellen (vgl. Grace 1953; Ford 1969). Andere Autoren betonen die fordernden und kontrollierenden Wesenszüge dieser Mütter (vgl. Paulley 1959; Goldberg 1969; Cohn 1970; Cappannari 1975), die mit einem ausgeprägten Besitzanspruch ihre Kinder zeitlebens an sich zu binden versuchen (vgl. Stewart 1949; Paulley 1971). Die versteckten symbiotischen Bedürfnisse dieser Mütter können so weit gehen, daß sie die Erkrankung ihrer Kinder als willkommenen Ansatzpunkt für die Intensivierung und Perpetuierung ihrer überbehütenden Interaktionsangebote betrachten (vgl. Mersereau 1963).

Die Väter dieser Patienten erscheinen im Gegensatz zu den Müttern als passiv, zurückhaltend, weich und an der Erziehung der Kinder desinteressiert bzw. damit überfordert, was sie zuweilen durch aggressive und brutale Erziehungsmaßnahmen zu überkompensieren suchen (vgl. Grace 1953; Riemer 1960; Kraft 1964; Jost 1968; Ford 1969). Diese Väter sind entweder aufgrund ihrer realen Abwesenheit (Beruf, Tod) oder infolge ihrer erzieherischen Insuffizienz für ihre Kinder als Bezugspersonen nicht genügend präsent, bieten sich aufgrund ihres zwischen Unter- und Überforderung alternierenden Interaktionsverhaltens ihren Kindern nicht gerade als attraktive Identifikationsobjekte

an und dienen somit in den entscheidenden Entwicklungsphasen der Kinder weder als „Schrittmacher“ für den Loslösungs- und Individuationsprozeß* (vgl. Rotmann 1978; Mitscherlich-Nielsen 1978) aus der Mutter/Kind-Dyade noch als „Identifikationsvorlage“ für die Ausbildung von Über-Ich und Ich-Ideal während der ödipalen Phase.

2.2.2 Selbstpsychologischer Aspekt

Sowohl Morbus-Crohn- als auch Colitis-ulcerosa-Patienten zeigen als gemeinsame Persönlichkeitszüge eine immense Empfindsamkeit, leichte Erregbarkeit, Schüchternheit im zwischenmenschlichen Kontakt und ein mangelndes oder unsicheres Selbstwertgefühl (vgl. Bockus 1945, 1964; Stewart 1949; Jost 1968; Goldberg 1970; Freyberger 1972; Sheffield 1976). Aus der bereits erwähnten Untersuchung von Mc Mahon und Mitarbeitern (1973) ging auch hervor, daß die Patienten im Vergleich zu ihren gesunden Geschwistern ein signifikant höheres Maß an emotionaler Unreife, Selbstunsicherheit und eine auffällige Überempfindlichkeit aufwiesen. Auch andere Autoren notierten eine Überempfindlichkeit gegen Kritik (vgl. Ross 1948; Paulley 1950; Groen und van der Valk 1956), mangelndes Selbstvertrauen und eine ausgesprochene Scheu vor dem Eingehen neuer zwischenmenschlicher Beziehungen (vgl. Prugh 1951; Morrison 1953; Engel 1955; Mohr et al. 1958; Enke 1963; Karush et al. 1968). Das soziale Rückzugverhalten dieser Menschen ähnelt äußerlich der autistischen Distanziertheit und Kontaktangst schizoider Individuen, ist aber aus psychogenetischer Sicht weniger das Resultat von Urmißtrauen und Gefühlsfremdheit als vielmehr das Produkt eines von Kränkungs- und Enttäuschungsprophylaxe getragenen Vermeidungsverhaltens.

Dadurch versuchen diese Menschen ihre enorme Verletzbarkeit zu kaschieren und entziehen sich so mit ihrem fragilen Selbstwertgefühl weitgehend den Imponderabilien alltäglicher Kommunikation. Andererseits gibt es unter Crohn- und Kolitis-Patienten zuweilen auch überehrgeizige und äußerst betriebsame Typen, die gerade im Berufsleben als sehr engagiert gelten

* An dieser Stelle sei auf die Forschungsergebnisse von Abelin (1971, 1975, 1978) und die von diesem beobachtete „frühe Triangulierung“ im Kontext der familiendynamischen Prozesse der Vater/Mutter/Kind-Konstellation hingewiesen.

und für die ein übertriebenes Streben nach Selbstbehauptung, Unabhängigkeit und Perfektion kennzeichnend ist. Bei näherer Betrachtung sind hinter dieser Selbstsicherheitsfassade (vgl. Enke et al. 1968) und diesen Attitüden von Pseudounabhängigkeit und Pseudovirilität (vgl. Prugh 1951; Groen und Bastiaans 1955) tiefgehende Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle deutlich erkennbar. Die Patienten umgeben sich auf diese Weise mit einer „pseudomature outer shell“ (vgl. Mc Dermott und Finch 1967) und suchen im überkompensierenden Selbstheilungsversuch durch die Stilisierung ihres „Pseudo-Selbst“ (vgl. Deutsch 1942; Winnicott 1960; Friedman 1975; Khan 1977; Miller 1979) als autonomes Selbst die Störanfälligkeit ihres vulnerablen narzißtischen Grundtonus vergessen zu machen.

2.2.3 Auslösende Situationen

In den Arbeiten vieler Untersucher wird immer wieder die enge Beziehung zwischen Krankheitsbeginn (bzw. Symptomenexazerbation oder Rezidiv) und sogenannten psychischen Stress-Situationen betont. Diese „Lebenskrisen“ stellen spannungsgeladene Konfliktsituationen oder emotional belastende Ereignisse dar, die für das betroffene Individuum eine lebensgeschichtlich vermittelte Kränkungevalenz besitzen und in ihrer individualspezifischen Wertigkeit als realer oder phantasierter Objektverlust empfunden werden. Paulley (1948) stellte bei seinen Beobachtungen an Patienten mit Enteritis regionalis einen zeitlichen Zusammenhang zwischen Krankheitsbeginn bzw. Rezidiv und Stress-Situationen fest. Alexander (1950) unterstrich die Bedeutung emotionaler Faktoren bei der Auslösung und im klinischen Verlauf der ulcerativen Kolitis: „Zwei emotionale Faktoren springen bei der Auslösung der Krankheit und bei der Provokation von Rückfällen besonders ins Auge. Der eine ist die versagte Strebung, eine Verpflichtung auszuführen, sei sie biologisch, moralisch oder materiell, der zweite ist ein vereitelter Ehrgeiz, etwas zu vollbringen, was eine konzentrierte Energieausgabe verlangt“ (S.89). Andere Autoren, die krankheitsauslösende Situationen bei Morbus-Crohn-Patienten untersuchten, betonten den engen Zusammenhang von Symptomanifestation und Übernahme von größerer Verantwortung (z.B. Arbeitsbeginn oder beruflicher Aufstieg) und umgekehrt von Symptomremission und erfolgreicher Bewältigung von Problemen (vgl. Stewart 1949; Grace 1953; Riemer 1960; Sperling 1960; Jost 1968; Whybrow 1968; Parfitt 1967; Mc Kegney et al. 1970; Cohn 1970; Goldberg 1970). Oft lassen sich in den biographischen Anamnesen von

Crohn- und Kolitis-Patienten bei Krankheitsbeginn Situationen ausfindig machen, die entweder eine massive narzißtische Kränkung darstellten (z.B. Zurückweisung durch wichtige Bezugspersonen oder demütigende und das Selbstwertgefühl verletzende Auseinandersetzungen mit nahestehenden Kontaktpersonen) oder die als „in-between-situations“ (vgl. Paulley 1971) bei einem zwischen die Fronten streitender Eltern geratenen Patienten schier unlösbare Loyalitätskonflikte erzeugten (vgl. Ford et al. 1969). Manchmal spielen auch finanzielle Probleme und Konflikte um materiellen Besitz eine nicht unwesentliche Rolle als psychische „Trigger“ der Crohn- und Kolitis-Symptomatik (vgl. Grace 1953; Schellack 1954/55; Jost 1968). In der Literatur wird oft auf Verlust- und Trennungserlebnisse hingewiesen, mit denen sich Crohn- und Kolitis-Patienten zu Beginn ihrer Krankheit (oder vor einem erneuten Krankheits Schub) konfrontiert sehen. Meist gingen die Erkrankung oder der Tod eines geliebten Angehörigen, das Verlassen des Elternhauses oder Partnerschaftskonflikte mit drohender oder erfolgter Trennung den ersten Krankheitssymptomen voraus (vgl. Stewart 1949; Grace 1953; Mersereau 1963; Jost 1968; Cohn 1970; Whybrow 1973; Schultheis und von Uexküll 1979). Der reale bzw. phantasierte Objektverlust bedeutet gerade für die in unreifen symbiotischen Objektbeziehungen lebenden alexithymen Individuen eine tiefgreifende Erschütterung ihrer sicherheitstiftenden Lebensbasis - nämlich die Dualunion mit dem Primärobjekt - und beinhaltet zugleich den radikalen Entzug von Befriedigungsmodalitäten für ihre Abhängigkeitsbedürfnisse. Die dadurch freigesetzte Katastrophen- und Untergangsstimmung verbindet sich mit dem ohnmächtigen Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und mündet aufgrund des „physiologischen Infantilismus“ dieser Menschen umstandslos in somatische Entspannungs- und Abfuhrkanäle ein.

2.3. Triebpsychologischer Aspekt

Schon bei der deskriptiv-phänomenologischen Betrachtung des manifesten Verhaltens und der Persönlichkeitszüge von Crohn- und Kolitis-Patienten fielen folgende gemeinsame Charakteristika auf, die erste Hinweise auf die Psychodynamik und Psychopathogenese dieser Krankheitsphänomene liefern: In der Regel leben diese Menschen in „abhängigen“ Beziehungen mit ein oder zwei Schlüsselfiguren, werden als sehr empfindsame und leicht verletzbar Charaktere beschrieben und sind im Umgang mit anderen Menschen überfreundlich bis

unterwürfig. Sie sind gewissenhaft, pünktlich, oft überordentlich und pedantisch, konformistisch, meiden aggressive Auseinandersetzungen und Konflikte, zeigen eine ausgeprägte Tendenz, sich beliebt zu machen und anderen zu gefallen. Zusätzlich ist das Interaktionsverhalten dieser Individuen geprägt von affektarmer Förmlichkeit, zwanghaften Verhaltensstereotypen und einer peinlichen Genauigkeit im sprachlichen Ausdruck. Das Sexualverhalten dieser Menschen und ihre Einstellung zur Sexualität faßt Engel (1979) folgendermaßen zusammen: „Im allgemeinen zeigen diese Patienten eine gestörte psychosexuelle Entwicklung. Interesse an Sexualität und sexuelle Aktivität sind in der Regel gering. Die meisten der weiblichen Patienten sind frigid, und auch diejenigen, die zum Orgasmus fähig sind, erleben ihn selten. Einige Patienten zeigen eine geringe oder keine heterosexuelle Aktivität, sogar wenn sie verheiratet sind. Viele bestätigen, daß sie bevorzugen, eher wie ein Kind gestreichelt oder gehegt zu werden, und weisen die genitale Sexualität von sich. Sie neigen dazu, diese in analen Begriffen zu betrachten, und verwenden dafür Begriffe wie ‚schmutzig‘, ‚dreckig‘, ‚ekelerregend‘, ‚unsauber‘ usw. und sind prüde in bezug auf Körperkontakt, Sekretionen und Gerüche“ (§.652).

Im Schrifttum wird immer wieder die passiv-abhängige Persönlichkeit dieser Patienten betont, die vor allem in den infantil-unreifen und symbiotischen Abhängigkeitsbeziehungen zu primären Bezugspersonen zum Ausdruck kommt (Kraft 1964; De Boer 1964; Ford 1969; Jores 1969; Cohn 1970; Goldberg 1970; Liss und Sharma 1970; Paulley 1971; Freyberger 1972; Sheffield 1976). Diese oral-abhängigen Strebungen determinieren die passive Adaptation an das Primärobjekt im Sinn einer Fixierung auf dem symbiotischen Objektbeziehungs-niveau, können aber bei Individuen mit einem stärkeren Antriebsniveau auch zum konflikthaftern Erleben der Ambivalenz zwischen narzißtischen Wünschen nach Vereinigung mit dem bedürfnisbefriedigenden Objekt auf der einen Seite und narzißtischem Protest wegen der in der Abhängigkeit blockierten Autonomiebestrebungen auf der anderen Seite führen. Im letztgenannten Fall kommt es dann zur überkompensierenden Gegenreaktion mit einer im Vordergrund des Verhaltens stehenden Pseudo-Unabhängigkeit.

Aus antriebspsychologischer Sicht imponiert bei Crohn- und Kolitis-Patienten die orale Abhängigkeit, also das oral-passive Sich-Ausliefern und Anklammern an eine idealisierte Objekt-Imago. Schon in den frühesten Phasen ihrer Ontogenese richten diese Individuen ihr Verhalten darauf ab, eigene Interessen

und Bedürfnisse zurückzustellen, und versuchen statt dessen, durch aufopfernde Willfährigkeit und gehorsame Gefügigkeit gegenüber den Ansprüchen des Primärobjekts sich dessen sicherheitsgarantierende Nähe zu erhalten. Sie sind buchstäblich auf Gedeih und Verderb abhängig von den narzißtischen Gratifikationen und der immerwährenden Liebe des als omnipotent phantasierenden Idealobjekts. Aus Trennungsangst vermeiden sie eigenständige Aktivitäten und gesunden Egoismus, verharren in überangepaßter Objekt-Haltung und begründen ihr (Satelliten-)Dasein in der reflexartigen Erfüllung der Objekt-Bedürfnisse. Die „restriktive Praxis“ der narzißtisch gestörten Mutter (vgl. Zepf 1976) führt aber nicht nur zur oral-kaptativen Hemmung des Kindes, sondern induziert auch in der nachfolgenden analen Phase durch die frühe Blockade der Autonomie- und Individuationsbestrebungen (vgl. Mahler 1972) eine anal-retentive Hemmung, was besagt, daß solchen Menschen das verweigernde Nein-Sagen gegenüber Hergabe-Forderungen anderer große Probleme bereitet. Meist fehlt in der Anamnese dieser Patienten eine normale Trotzphase, in der sich bekanntlich die anal-aggressiven Komponenten des reaktiven Nein-Sagens herausbilden würden.

Aus der bereits zitierten Untersuchung von Mc Mahon und Mitarbeitern (1973) ging auch hervor, daß Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten im Gegensatz zu ihren gesunden Geschwistern nicht die übliche rebellische Pubertätsentwicklung durchmachten. Sie hatten zwar auch Autoritätsprobleme, doch bei weitem nicht in dem Ausmaß wie ihre Geschwister, die im Rahmen ihrer normalen Adoleszentenentwicklung in typischer Manier gegen elterliche Wert- und Normvorstellungen rebellierten. Übereinstimmend wird im Schrifttum vermerkt, daß Crohn- und Kolitis-Patienten zwar aggressive Gefühle gegenüber ver-sagenden Objekten hegen, aber zu einem offenen, verhaltensmäßigen Ausdruck dieser Gefühle nicht in der Lage sind (vgl. Sperling 1960; Kraft 1964; Lepore 1965; Feiereis 1967; Enke et al. 1968; Mohr et al. 1968; Jost 1968; Goldberg 1970; Cohn 1970; Flynn 1970; u.v.a.). Es konnten zwar sporadisch auftretende Wutanfälle und aggressive Durchbrüche registriert werden (vgl. Mc Dermott und Finch 1967), gleichwohl sprechen die meisten Angaben in der Literatur für eine ausgeprägte Hemmung des Aggressionsverhaltens. Die Unfähigkeit, Affekte wie Wut, Ärger, Zorn usw. adäquat auszudrücken, schlägt sich auch in den Träumen und Phantasien der Patienten nieder, die häufig infantile Wut- und Rachewünsche enthalten (vgl. Sperling 1948; Lindemann 1950; Clark 1956; Enke et al. 1968). Aufgrund ihrer anal-retentiven

Hemmung müssen sie anal-aggressive Triebansprüche permanent (über Rationalisierung, Verleugnung und Projektion) abwehren. Diese verbinden sich im regressiven Kurzschluß mit ebenfalls unterdrückten oral-aggressiven Triebimpulsen und wenden sich in der ersten Phase der Abwehr - also noch auf der psychischen Austragsebene - gegen das eigene „falsche Selbst“. Gleichzeitig werden diese aggressiven Triebregungen aufgrund der mangelhaften Differenzierung von Selbst- und (mütterlichen) Objektrepräsentanzen auch gegen das Mutterintrojekt mobilisiert, was auf psychischem Erlebnisniveau korrelative Empfindungsqualitäten in Gestalt von reaktiven Schuldgefühlen, Selbstbestrafungsimpulsen, eines undefinierbaren Gefühls der Leere und der Selbst-Wertlosigkeit hervorruft. Droht nun die Auflösung der symbiotischen Dualunion mit dem Idealobjekt und damit einhergehend der Verlust der Liebe des Objekts, werden psychoneurotische Verarbeitungsmodi untauglich, und es kommt in einer zweiten Phase der Abwehr zum Abzug der aggressiven Potentiale von der psychischen Organisationsebene und zur destruktiven Konzentration derselben auf der somatischen Austragsebene. Aggressive Impulse vom defensiv-destruktiven Typ (vgl. Elhardt 1974) wenden sich nun gegen die eigenen Körperfunktionen und attackieren das durch Libido-Fixierungsstellen stigmatisierte und damit zum Zielobjekt determinierte Organ(system), welches als somatisches Korrelat der psychodynamisch relevanten Wunschkonstruktionen eine symbolvermittelte Stellvertreterfunktion ausübt, mit autoplastisch-destruktiver Aggressivität, was schließlich zum Substanzdefekt und in der Endkonsequenz zum Tod führen kann.*

Faßt man nun die triebpsychologischen Aspekte bei Crohn- und Kolitis-Patienten zusammen, dann handelt es sich zum einen um eine Fixierung an die Bedürfnisse der oral-passiven bzw. oral-aggressiven und anal-retentiven bzw. anal-aggressiven Entwicklungsstufen, zum anderen um eine Wendung der Aggression gegen das eigene Selbst und insbesondere gegen den eigenen Körper. Höhere Antriebsdimensionen (wie etwa motorisch-aggressive oder sexuelle Triebansprüche) spielen im Kontext dieser Erörterungen eine untergeordnete Rolle, weil sie sich aufgrund der epigenetisch früh einsetzenden, trennungsprophylaktisch motivierten Abwehr emanzipativer Impulse nicht ausreichend entwickeln konnten.

* In diesem Zusammenhang sei auf die These von M. Sperling (1946) hingewiesen, welche die autodestruktive Wendung schwerster Schuld- und Aggressionsgefühle gegen den eigenen Organismus bei Kolitis-Patienten als „somatische Dramatisierung“ der Depression interpretierte.

2.3.1 Angst- und Abwehrformen

Da es sich bei Crohn- und Kolitis-Patienten aus triebpsychologischer Sicht um eine psychogenetische Fixierung an Bedürfnisse und Erlebnismodi der oralen und analen Entwicklungsstufe handelt, werden infolgedessen auch die grundlegenden Angstinhalte und Angstbewältigungsversuche (i.e. Abwehrmechanismen) dieser Menschen in diesen phasenspezifischen Bereichen geformt. Die aus dem oralen Erfahrungsmodus resultierenden Grundängste sind die „Angst vor dem Objektverlust“ und die „Angst vor dem Verlust der Liebe des Objekts“. Wie schon dargestellt, neigen diese Patienten aufgrund ihrer Trennungsängste dazu, Eigeninteresse und Eigeninitiative einer maximalen Objekt-Anpassung zu opfern, um dadurch die symbiotische Verklammerung mit dem Primärobjekt störungsfrei zu halten. Ihre Hauptängste aus dem analen Erfahrungsbereich sind „Angst vor der Hingabe“ und Substanzverlustängste. Diese Individuen müssen wegen ihrer fragilen Ich-Konstitution und der narzißtischen Vulnerabilität Hingabeimpulse (in Richtung auf die eigene Spontaneität und Vitalität oder in bezug auf einen Partner oder die eigene Arbeit) abwehren, weil zur Erfüllung dieser Triebansprüche partielle Regressionen bzw. temporäre Selbst-Aufgaben notwendig wären, wozu ihrem durch psychophysische Unreife und Strukturdefizite geschwächten psychischen Apparat die notwendige energetisch-ökonomische „Manövrierfähigkeit“ fehlt. Wie schon beschrieben, sind Crohn- und Kolitis-Patienten in der Regel sehr ordnungsliebend, pünktlich, gewissenhaft, oft pedantisch und übertrieben sparsam bis geizig. Psychogenetisch stehen dahinter Substanzverlustängste, die solchen Menschen jedwede Form von Schenken oder Hergeben erschweren, wenn nicht unmöglich machen. Diese Angst vor dem Sich-Schenken (z.B. einem Partner) spielt auch im sexuellen Bereich eine große Rolle, wobei sich hier noch anale Schmutzängste hinzugesellen. Sexuelle Impulse, soweit sie überhaupt entwickelt und dem bewußten Erleben zugänglich sind, werden als „unsauber“, „dreckig“ und „ekelerregend“ erlebt, so daß spontane und leidenschaftliche Sexualkontakte infolge der übertriebenen Hygiene (als Ekelabwehr) nicht möglich sind. Genitale Sexualität wird allenfalls rein funktional und dann in systematisiert-ritueller Weise gelebt. Sie dient nicht der zärtlichen Hingabe an den Partner, sondern wird zum Zweck der exekutiven Befriedigung eines imperativen Bedürfnisses aus triebhygienischen Gründen vollzogen.

Die im oralen und analen Erlebnisfeld statthabenden Triebansprüche und Phantasien des Aufnehmens und Ausstoßens und die damit verbundenen spezifischen Angstinhalte bedürfen einer adaptiv-defensiven Verarbeitung, damit die symbiotische Beziehung zum Primärobjekt weiterhin ungestört aufrechterhalten werden kann. Aufgrund ihrer

Nähe zum abgewehrten Inhalt müssen diese Anpassungs- und Abwehrmaßnahmen unbe-
wußt operieren und haben im Ich ihre Geburtsstätte und ihr Koordinationszentrum.
Die Zusammenarbeit einzelner Abwehrmaßnahmen führt zur Abwehrorganisation, die
als defensive Substruktur des Ich zu bezeichnen ist (vgl. Hoffer 1954). Ent-
wicklungspsychologisch ist die Ausbildung von Abwehrmechanismen im Sinne hoch-
komplexer Ich-Prozesse eng verzahnt mit der Trieb-Abwehr-Entwicklung und steht
in dialektischer Beziehung zum jeweiligen Entwicklungsniveau der Objektbeziehungen
(i.e. Reifegrad der Selbst/Objekt-Differenzierung und Integration) (vgl. Stolorow
1979; Stolorow und Lachmann 1975, 1976, 1978, 1980). Da nun die integrativ-syn-
thetisierende Kraft des Ich bei Crohn- und Kolitis-Patienten aufgrund der struk-
turellen Ich-Störung (i.e. mangelhafte Ausbildung einzelner Ich-Funktionen) sehr
geschwächt ist und ein analoges Entwicklungsdefizit auf dem Gebiet der Objekt-
beziehungen (i.S. einer unzureichenden Selbst/Objekt-Differenzierung) vorliegt,
ist naturgemäß die phasenspezifische Entwicklung der Abwehrmechanismen auch in
Mitleidenschaft gezogen und mithin der funktionelle Gebrauch der Abwehrorganisa-
tion entsprechend limitiert. Die bei Crohn- und Kolitis-Patienten stattfindenden
Abwehrmaßnahmen rekrutieren sich vorrangig aus dem oralen und analen Erlebnis-
bereich, wobei Vorgänge der Introjektion, Projektion, Reaktionsbildung, Isolierung,
Verleugnung und Wendung gegen die eigene Person im Vordergrund des Abwehr-
geschehens stehen (vgl. McMahon et al. 1973). Angesichts der Entwicklungs-
defizite (aufgrund der Arretierung bestimmter Ich-Funktionen im oralen und ana-
len Erfahrungsbereich) und angesichts der pathologischen Eindimensionalität der
Objektbeziehungen (Fixierung auf einem symbiotischen Organisationsniveau) kommen
die Abwehrprozesse bei Crohn- und Kolitis-Patienten wohl eher im Dienst intra-
psychischer Strukturbildung und adaptiv-defensiver Anpassungsleistungen gegen-
über dem Idealobjekt und weniger zum Zweck der neurotischen „Lösung“ eines Trieb-
Abwehr-Konfliktes zum Einsatz. *

* Eine ausführlichere Diskussion dieser Thematik kann an dieser Stelle nicht er-
folgen, weil die dazu notwendige entwicklungspsychologische Dimensionierung der
Fragestellung den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

2.3.2 Psychophysischer Aspekt

Die enge Beziehung zwischen psychischem Stress und funktionellen bzw. morphologischen Veränderungen im Dünn- und Dickdarmbereich wurde in der Zwischenzeit in zahlreichen Arbeiten verschiedener Autoren beschrieben. Engel (1962) bezeichnete die Colitis ulcerosa als somatopsychisch-psychosomatische Störung, die chronisch oder schubweise mit primärer Beteiligung der Mucosa und Submucosa des Dickdarms (und gelegentlich des Dünndarms) verläuft und bei der die biologische Prädisposition schon während der frühesten Kindheit auf die psychischen Entwicklungsbedingungen formgebend Einfluß nimmt. Shorter et al. (1972) sprechen von „immunologisch stigmatisierten“ Patienten, bei denen psychische Belastungsfaktoren vor dem Hintergrund einer zellbedingten Überempfindlichkeitsreaktion der Darmwand gegen bakterielle Antigene durch einen Zusammenbruch des Abwehrsystems die Krankheitsmanifestation bewirken. Ähnlich argumentiert Burch, nach dessen Ansicht psychischer Stress einen endogenen Abwehrmechanismus stören könnte, so daß dieser sich gegen genutierte Zellverbände richtet und dadurch die Colitis ulcerosa auslöst (vgl. Burch et al. 1969). Was den physischen Prädispositionsfaktor beider Krankheiten anbelangt, so werden genetische Faktoren, immunologische Prozesse und virale oder parasitäre Erkrankungen (als auslösende Noxen) diskutiert (vgl. Morris 1965; Dick et al. 1966; Singer et al. 1971; Kirsner 1971; Weiner 1977). Besonders für die erbgenetische „Vorprogrammierung“ sprächen Tatsachen wie gehäuftes familiäres Auftreten dieser Krankheiten, bei der Colitis ulcerosa das Fortbestehen einer anomalen Mucosa auch während symptomfreier Intervalle, die Abhängigkeit der Erkrankungshäufigkeit von der Rasse* und das häufige Auftreten von Begleiterkrankungen (z.B. Arthritis, Erythema nodosum, Iritis, Conjunctivitis, Uveitis, Spondylitis sowie der Befall von Niere und Leber), bei denen ebenfalls eine polygenetische Vererbung bzw. die Interaktion mehrerer Gene vermutet wird (vgl. Kirsner und Spencer 1963; Hammer et al. 1968).

* Nach Evans (1972) geht aus epidemiologischen Untersuchungen an M.-Crohn-Patienten hervor, daß Europäer eher als Schwarze und Asiaten erkranken, am häufigsten sind jedoch amerikanische Juden davon befallen.

Andere Autoren wiederum betonen die pathogene „Toxizität“ psychischer Konflikte und emotionaler Spannungen, die zu Funktionsstörungen im Dünndarmbereich (vgl. Hines und Mead 1926; Ingelfinger und Abbott 1940; Weeks 1946; Helm et al. 1948; Martin 1950; Cummis 1953, 1954; Roth et al. 1953; Strande und Sommers 1954; Friedman 1954; Code et al. 1957; Sadler und Orten 1968) oder sogar zum spontanen Auftreten kolitisähnlicher Läsionen führen können, wie tierexperimentelle Untersuchungen an Gibbonaffen bewiesen haben (vgl. Engel 1969; Stout und Snyder 1969).

In diesem psychophysiologischen Diskussionsrahmen dürften auch die Überlegungen von Hartmann (1950) von Interesse sein, der den somatopsychisch-psychosomatischen Entstehungszusammenhang der Ileitis terminalis mit Hilfe eines Modells der pathogenetischen Kettenreaktionen zu beschreiben versuchte. Der Autor fand bei histologischen Untersuchungen von Crohn-Patienten Veränderungen der autonomenervösen Darmgeflechte. Er stellte Wucherungen des Plexus submucosus und myentericus sowie in der Tunica propria der Schleimhaut massive Wucherungen des nervösen Endnetzes fest.* Diese histologischen Veränderungen betrachtete Hartmann als morphologisches Substrat einer vegetativen Stigmatisierung des Merkmalsträgers im Sinn einer „neurotischen Konstitution“. An der Prädilektionsstelle im unteren Ileumabschnitt auf Höhe der Bauhinschen Klappe böten sich infolge der Stagnation des Darminhalts für exogene Noxen (Bakterien, Toxine) optimale Angriffspunkte, was bei der besonderen Reaktionsfreudigkeit dieser Ileumsegmente schon bald zur beschriebenen Neuritenproliferation führt und nach Hartmanns Ansicht als eine Art reaktive Arbeitshypertrophie des Gewebes zu verstehen ist (vgl. Wolf 1955/56). Wird nun die oben erwähnte „neurotische Konstitution“ eines Individuums durch psychischen Stress strapaziert, dann löst dies eine pathogenetische Kettenreaktion aus, wobei neurovaskuläre Funktionsstörungen zu morphologischen Veränderungen führen, die wiederum unter der Einwirkung exogener Noxen Motilitätsstörungen der Dünndarmsegmente nach sich ziehen. Und spätestens an dieser Stelle erfolgt der Kurzschluß zu einem psychosomatischen Circulus vitiosus, dessen Endprodukt unweigerlich das manifeste Leiden sein wird.

* Gleichartige Wucherungen der Nervengeflechte wurden auch im Magen von Ulcus-Patienten gefunden.

2.4. Psychosozialer Aspekt

Hinsichtlich des Interaktions- und Kommunikationsverhaltens von Kolitis- und Crohn-Patienten wird in der Literatur übereinstimmend vermerkt, daß diese Individuen ständig um eine maximale Kongruenz der eigenen Verhaltensweisen mit gesellschaftlich abgesegneten Normalitätsvorstellungen bemüht sind* (vgl. Brede 1972). Das Verhalten von Kolitis-Patienten wird durchweg als höflich, gefügig, einschmeichelnd und unterwürfig beschrieben. Diese Patienten weisen ein auffällig kooperatives Interaktionsgebarren auf, sind im Umgang mit wichtigen Bezugspersonen äußerst anpassungswillig und zuvorkommend. In Streitfällen ist häufig ein kompromißloses Unterwerfen bis hin zur völligen Verleugnung eigener Widerspruchsregungen zu konstatieren (vgl. Wittkower 1938; Straker 1960; Castelnuevo-Tedesco 1962; De Boor 1964; Sundby und Auersted 1967; Enke et al. 1968; Jores 1969). Nicht anders verhalten sich Crohn-Kranke. In Gesellschaft sind sie überangepaßt und überkorrekt, zeigen eine Neigung, sich Autoritäten kritiklos unterzuordnen, demonstrieren Wohlanständigkeit und Konformismus und fallen allein durch ihr unauffälliges Sozialverhalten auf. So nimmt es auch nicht wunder, wenn in der methodisch fragwürdigen Studie von Feldman und Mitarbeitern (1967) das Verhalten dieser Patienten als „supernormal“ bezeichnet wurde, ohne daß auf die von anderen Autoren beschriebenen psychischen Auffälligkeiten eingegangen, geschweige denn die Frage diskutiert worden ist, inwieweit supernormales Verhalten per se einen pathologischen Befund darstelle. Andere Autoren sehen nämlich gerade in der forcierten Verhaltensnormalität dieser Menschen, die herrschenden Standards entspricht und, gepaart mit instrumenteller Vernunft und zweckrationaler Lebensphilosophie, die opportunistische Daseinsform des homo faber widerspiegelt, eine bestimmte Art von „Normopathie“ (vgl. Paulley 1958, 1959, 1971; Riemer 1960; Bockus 1964; Kraft 1964; Cohn 1970; Mc Mahon et al. 1973). Diese normopathischen Wesenszüge stehen in engem Zusammenhang mit der ausgeprägten Aggressionshemmung, dem vulnerablen Selbstwertgefühl und den mechanisierten Objektbeziehungen dieser Individuen und stellen das verhaltensmäßige Exponat der vie opératoire, eines „Lebens auf Sparflamme“, dar (vgl. Zepf 1976; Stephanos 1979).

* Nähere Erläuterungen dazu siehe Punkt II 1.2.2 dieser Arbeit.

3. Psychosomatische Symptombildung und ihre kommunikative Bedeutung

3.1. Der soziokulturelle Aspekt

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht stehen Verhaltensnormalität und Anpassungswilligkeit der psychosomatischen Patienten in einer sinnvollen Ergänzungsreihe mit der psychosomatischen Symptombildung als solcher (vgl. Brede 1971, 1972). Das psychosomatische Symptom ist im Sinne eines körperlichen Krankheitsangebotes als komplettierende Anpassungsleistung zu verstehen, wenn zum Beispiel an Stelle von innerer Unruhe und trauriger Verstimmung über Herzklopfen und Druck auf der Brust geklagt wird. Damit kommt der psychosomatisch Kranke den sozialen Erwartungen an das gesellschaftlich lizenzierte Rollenhandeln (organisch) Kranker nach und weist gerade auch in der Präsentation seines Leidens Übereinstimmung mit normativen Verhaltensmustern auf. Die mitmenschliche Umgebung tut sich bekanntlich im Handling von organisch Kranken wesentlich leichter und bietet für die Aufrechterhaltung sekundärer Krankheitsgewinne Verstärker an, während sie im Umgang mit psychisch Kranken aufgrund eigener Ängste und Ressentiments Zurückhaltung bzw. Ablehnung signalisiert. Das körperliche Symptom wird unhinterfragt und schicksalsergeben als Krankheit akzeptiert, die psychische Verstörtheit hingegen ist nicht salonfähig und zieht die daran Teilhabenden auch noch lästigerweise in Mitleidenschaft.

Psychosomatische Patienten verhalten sich in der Arzt/Patient-Beziehung nun genauso, wie sich organmedizinisch orientierte Ärzte den Idealpatienten wünschen: Sie machen präzise Angaben über ihre somatischen Beschwerden, die in langjähriger hypochondrischer Selbstbeschäftigung einer peniblen Beobachtung unterzogen wurden. Sie deklinieren in Expertenmanier ihren organischen Symptomenkatalog herunter und vermeiden gleichzeitig jedwede Form von psychologischer Betrachtungsweise. In ihrem „emotionalen Analphabetentum“ ist kein Platz für psycho-somatische Wechselbeziehungen, da sie ihre Gefühle und psychischen Vorgänge nicht wahrzunehmen bzw. zu beschreiben vermögen. Sie verhalten sich autoritätsgläubig und gehorsam gegenüber ärztlichen Anweisungen, lassen diagnostische Untersuchungsprozeduren willig über sich ergehen und neigen zur Idealisierung des ärztlichen Bezugsobjekts sowie zur Mystifizierung organmedizinischer Kompetenzen. Die Alexithymie dieser Patienten trifft auf das alexithymogene Potential von Humanmedizinerinnen, „deren eigene Ausbildung zu entscheidenden Teilen und vor allem als erstes an Leichen und Fröschen durchgeführt wurde“ (vgl. von Rad 1974, S. 9). Zwischen den im Prokrustesbett

naturwissenschaftlich-positivistischen Denkens eingespannten Ärzten (unseres Kulturraums) und der „Seelensprachlosigkeit“ der psychosomatischen Patienten entsteht eine biomyistische Mesalliance, deren unbewusstes Fundament das gemeinsame Eingeschworensein auf einen „somatischen Kausalfaktor“ darstellt. Dazu Beckmann (1973): „Arzt und Patient richten ihre Aufmerksamkeit auf eine möglichst klar definierte und abgrenzbare körperliche Erkrankung. Der Patient liefert hierdurch dem Arzt nur einen Teil von sich aus, z.B. ein bestimmtes Organ und die dazugehörigen Funktionen. Arzt und Patient gehen dann mit der Krankheit wie mit einem Gegenstand um, der keine Beziehung zu anderen Funktionsbereichen des Organismus und seinen Interaktionen mit der Umwelt hat. Man könnte der Meinung sein, daß bestimmte Krankheiten ja gerade dadurch gekennzeichnet sind, daß sie allein auf bestimmte Organe und Organbereiche bezogen sind, weshalb die Spezialisierung der Medizin in viele Fachgebiete sich aus der Natur der Sache ergebe. Dieses Argument berührt jedoch nicht die Tatsache, daß eine Krankheit immer den ganzen Menschen in seinen psychischen und sozialen Merkmalen betrifft und daß jeder Patient im Umgang mit seiner Krankheit ein spezifisches Verhalten zeigt (illness behavior).“ Des weiteren vermerkt der Autor eine für psychosomatische Patienten typische Abwehrform, nämlich „daß ein großer Teil neurotisch Kranker sich als seelisch gesund und körperlich krank darstellt“, da ihre Selbstwahrnehmung und die Darstellung psychischer Konflikte tabuisiert sind. „Diese Tabus beziehen sich auf in der Kindheit verinnerlichte soziale Normen, die besagen, daß seelische Krankheit sozialer Minderwertigkeit gleichkommt, organische Krankheiten dagegen legitim sind. Arzt und Patient sind in ihren Rollen diesem Normdruck ausgesetzt: Sie einigen sich auf einen somatischen Kausalfaktor und belegen diesen mit einem Namen, der Diagnose, wodurch der Patient eine sozial legitimierte Rolle zugesprochen bekommt“ (ebda. S. 734).

Der in den schulmedizinischen Disziplinen favorisierte nomothetische Wissenschaftsbegriff (im Sinn der Windelbandschen Unterscheidung von nomothetischer und idographischer Wissenschaft) und die damit verbundene naturwissenschaftlich-positivistische Methodologie basieren u.a. auf dem cartesianischen Grundprinzip der sauberen Trennung von Erkenntnis-Subjekt und Erkenntnis-Objekt. Die in solch einem wissenschaftsphilosophischen Geist ausgebildeten Mediziner machen sich deshalb - solange sie sich unreflektiert im empiristisch-biologischen Referenzrahmen ihrer „normal science“ (vgl. Kuhn 1962) bewegen - Mensch und Natur zum Objekt ihrer Methode. Ihrem Gegenstandsbereich legen sie ein Mensch/Maschine-Modell zugrunde, das nach organmedizinischen Kausalitätsvorstellungen untersucht und repariert

werden muß. Auf der Strecke bleibt dabei der Mensch als sinnlich-reflexives Subjekt in seiner individuellen Einmaligkeit und leibseelischen Ganzheit: Sowohl auf der Seite der Patienten, deren individuelles Leiden letztlich unverstanden bleibt, als auch - und das sollte nicht vergessen werden - auf der Seite der Experten, deren wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn positivistisch halbiert und deren therapeutische Erfahrungsmöglichkeiten um dieses entscheidende Moment gekürzt bleiben, nämlich den verstehbaren Sinn von psychosomatischen Krankheiten eines Subjekts als organsprachlichen Ausdruck eines biographisch vermittelten und durch bestimmte psychosoziale Umstände aktualisierten Beziehungskonflikts zu erfassen.

Aber nicht allein die strikte Subjekt/Objekt-Trennung im medizinischen Wissenschaftsbetrieb und die daraus resultierende Reifikationsperspektive der Ärzte im praktischen Umgang mit Kranken macht gemeinsames Verständigtsein (von Arzt und Patient) über den spezifischen Sinn- und Bedeutungsgehalt eines psychosomatischen Leidens unmöglich. Auch von seiten des alexithymen Individuums wird der „cartesianische Schulterschluß“ mit dem behandelnden Arzt gesucht. Denn dieser bietet ihm die willkommene Möglichkeit, die pathologische Entfremdung zwischen seinem Selbst und der Krankheit aufrechtzuerhalten und zugleich seinem normopathischen Bedürfnisdruck durch die verdinglichende Präsentation des Leidens als quasi-neutrale Organsymptomatik Genüge zu leisten: „Die Kranken sind es aber auch, die ihren Arzt verführen, Krankheit - und ‚organische‘ zumal - rein objektiv-gegenständlich aufzufassen. Sie liefern dann [...] nur einen Teil von sich aus, z.B. ein bestimmtes Organ. Sie vermeiden damit die Last der eigenen Verantwortung für die Krise ihrer Krankheit. Damit wird deutlich, warum der Arzt durch seinen Patienten genötigt wird, ‚cartesianisch‘ zu denken [...]. Im Eingehen auf diese Verführung entledigen sich sowohl der Arzt wie auch der Patient der Gegenseitigkeit ihrer gemeinsamen Verantwortung. Sie bleibt dann liegen, wo auch die Krankheit entstand: ‚zwischen den Menschen‘ [...] In jedem Fall bleibt so der verstehbare Sinn der Krankheit - als bestimmter leibseelischer Konflikt des Subjekts in dieser Gesellschaft gerade zum jetzigen Zeitpunkt - ausgeklammert und unverstanden“ (vgl. von Rad 1974, S. 43).

3.2. Symptom und Kommunikation

Fast die Hälfte aller Patienten, die heutzutage ärztliche Leistungen in Dienst nehmen, leiden an diffusen Schmerzsyndromen, hypochondrischen Beschwerden oder an sogenannten „funktionellen“ Erkrankungen, denen selbst von strikt organ-medizinischer Seite „eine gewisse psychische Überlagerung“ zugeschrieben wird

(vgl. Mitscherlich 1968; Heim 1970; Zepf 1972; Kretz 1973; Flannery 1977). Dieses somatische (Interaktions-)Angebot der psychosomatischen Patienten wird aber in der Regel von Ärzten nicht als das anerkannt, was es ist, nämlich als gesellschaftlich hergestelltes, biographisch vermitteltes und intrapsychisch je unterschiedlich organisiertes Mißverhältnis eines Menschen zu seinem eigenen Körper, dessen leibseelischer Selbstaneignungs- und Entwicklungsprozeß durch frühe Beziehungskonflikte arretiert worden ist (vgl. Horn et al. 1983). Vielmehr einigen sich Arzt und Patient im Kontext ihrer alexithymen Kollusion auf einen gemeinsamen, scheinbar konfliktfreien und damit neutralen Gegenstand - das somatische Symptom - , worüber sie eine unverantwortete Form von „seelensprachloser Kommunikation“ herzustellen vermögen (vgl. Nemiah und Sifneos 1970). Ähnlich verhält es sich in Partnerschaften von psychosomatischen Patienten. Wenn es den Partnern nicht mehr gelingt, einen gemeinsamen Konflikt mit den ihnen vertrauten Mitteln und Interaktionsformen zu bewältigen, kann es zu einem Austrag der Spannungen auf der organsprachlichen Ebene und mithin zu einer Somatisierung des Konflikts kommen, besonders wenn alternative Möglichkeiten (Flucht in Ersatzphantasien oder Distanzierung voneinander) nicht zur Verfügung stehen. Dazu bemerkt Willi (1975): „Wo zuvor neurotische Verhaltens- und Beziehungsformen vorherrschten, tritt jetzt in der Dyade Ruhe und ‚Normalisierung‘ der Beziehung ein. Das Paar schränkt sich ein auf eine Welt der Krankheit“ (S. 226). Die Psychosomatose dient infolgedessen der zeitweiligen Neutralisierung neurotischer Spannungen innerhalb einer Partnerschaft und trägt zur temporären Harmonisierung der konflikterschütterten Partnerschaft bei: Die psychosomatische Symptombildung führt zur Rebalancierung des irritierten Interaktionsgefüges auf einer neuen, averbalen Kommunikationsebene und stiftet zwischen den kollusiv verstrickten Partnern eine eigene Atmosphäre von „keimfreier“ Nähe und schützender Distanz zugleich: „Durch das Symptom ist man aneinander gekettet und voreinander geschützt. Die Konflikte sind zwar nicht verschwunden, aber sie werden jetzt auf dieser verschobenen Stufe ausgetragen, die es oftmals beiden Partnern erleichtert, sich elastischer zu verhalten, da sie jetzt nachsichtiger zueinander sein können, ohne das Gesicht zu verlieren [...] Mit dem Symptom können sich die Partner mitteilen, was ihnen verbal nicht kommunizierbar ist, wofür sie in dieser verfremdeten Form nicht haßbar gemacht werden können und nicht als zurechnungsfähig gelten“ (S. 226).

Die Manifestation der somatischen Beschwerde führt alsbald zu einer Umstrukturierung des partnerschaftlichen Kommunikationssystems und zur Neukalibrierung der Rollenverteilung in „Symptomträger“ und „Symptompfleger“. Für den Symptomträger

erbringt die gesellschaftlich anerkannte körperliche Erkrankung „sekundären Krankheitsgewinn“ (Entbindung von familiären und beruflichen Verpflichtungen, forcierte Zuwendung von seiten der primären Bezugspersonen etc.), der Symptompfleger kann sich in seiner Gesundheit dem Partner gegenüber Überlegen fühlen und durch die stellvertretende Übernahme der familiären Aufgaben und Verantwortungen narzißtische Gratifikationen einholen. Andererseits muß der Symptomträger aufgrund des Patientenstatus Einschränkungen seiner Bewegungsfreiheit und Selbstwerteinbußen als Folge seiner Insuffizienz auf sich nehmen, genauso wie der Symptompfleger wegen der Erkrankung des Partners auf manches verzichten muß und deswegen auch in seinem Aktionsradius eingeengt ist.

Durch die Krankheit werden die Partner auf der Fürsorgeseite stärker aneinander gebunden, andererseits erfolgt durch die konfliktneutralisierende Wirkung der psychosomatischen Symptombildung eine Entschärfung der intradyadischen Dynamik. Das Paar gewinnt Distanz zum kollusiven Konflikt, da die Krankheit quasi als Tertium comparationis die Aufmerksamkeit der Partner auf sich konzentriert und mithin beiden Seiten das Gefühl vermittelt wird, von der Bewältigung dyadischer Konflikte dispensiert zu sein. Willi schreibt dazu: „Droht in der dyadischen Spannung die Balance der Gleichwertigkeit zuungunsten des einen Partners auszuscheiden, so gibt es vielerlei Verhaltensmöglichkeiten, die ihm verhelfen, das Gleichgewicht zu seinen Gunsten wieder herzustellen. So kann man zum Beispiel den Partner mit Weinen entwaffnen und ihn mit Schuldgefühlen belasten, man kann ihn mit Schweigen, Wutanfällen, Tötlichkeiten, Davonlaufen usw. unter Druck setzen. Wenn der Einsatz derartiger Mittel aber nicht mehr ausreicht und die Situation für den geschwächten Partner so unerträglich wird, daß er sich nicht mehr mit ‚konventionellen Mitteln‘ behaupten kann, so muß etwas Eingreifendes passieren, um das Beziehungssystem wieder zu balancieren. Das kann insbesondere der Ausbruch einer psychosomatischen Krankheit sein“ (S. 217).

Das System der Konfliktvermeidung unter Einsatz und Präsentation eines somatischen Krankheits- respektive Interaktionsangebotes erfährt spätestens dort seine perfekte Abrundung, wo der psychosomatische Patient in die alexithyme Kollusion mit dem naturwissenschaftlich-organmedizinisch orientierten Arzt tritt und auch diesen unbewußt als Symptompfleger für die Aufrechterhaltung seiner somatischen Beschwerden in Dienst nimmt.

3.3. Symptombedeutung und Organwahl

Bei näherem Hinsehen zeigt das „sogenannte psychosomatische Phänomen“ (vgl. Fenichel 1954) ein Element der Stellvertretung, bei dem an die Stelle des psychischen Konflikts eine körperliche Störung tritt. Im körperlichen Symptom wird nicht nur ein verstehbarer Inhalt symbolisch repräsentiert – wie es das Freudsche Konversionsmodell besagt (vgl. Freud 1894/96) –, sondern in ihm finden auch somatische Erlebniskorrelate als Stellvertreter eines ungelösten Konflikts eine körpersprachliche Ausdrucksform im Sinn eines vorläufigen Kompromisses (vgl. von Weizsäcker 1950, S. 259; 1951, S. 110; 1955, S. 245). Das Prinzip der „Stellvertretung“, das eines der von v. Weizsäcker herausgearbeiteten Charakteristika psychosomatischen Leidens darstellt (neben dem „Drehtürprinzip“, der „Krise“ und der „Wirksamkeit des ungelebten Lebens“) wird von v. Rad (1974) folgendermaßen beschrieben: „Körper und Seele gehen miteinander um, sagt Weizsäcker, sie erläutern einander, indem sie sich vertreten können. Dieses an der Stellvertretung und gegenseitigen Verborgenheit des Wahrnehmens und Bewegens im Gestaltkreis entwickelte Modell wird hier also zu einem ganz neuen Entwurf von Krankheit weitergeführt: ‚daß die körperlichen Vorgänge die seelischen verstehbar repräsentieren (und umgekehrt)‘ [...] Wenn Seelisches sich in der Körpersprache ausdrückt, wie auch Körperliches in der seelischen, dann erscheint die Organkrankheit als Stellvertreter eines ungelösten Konflikts“ (S. 38).

Neben dem Konversionsaspekt („Symptom als Repräsentant“) lassen sich nach Mitscherlich (1967) noch zwei weitere Aspekte von psychosomatischer Symptombildung unterscheiden: zum einen das „Symptom als Affektäquivalent“, bei dem der Körper zum eigentlichen Medium der Affektabfuhr geworden ist, und zum anderen das „Symptom als Streßbegleiter“, bei dem es unter langdauerndem psychischen Streß zur somatischen Dekompensation und zu anschließender Organläsion kommen kann. Die Unterscheidung zwischen Symptom als Repräsentant (einer unerträglichen, verdrängten Vorstellung) und Symptom als Affektäquivalent geht auf die Freudsche Vorstellung zurück, daß im ersten Fall die sensu-muskulären Organe bzw. Organsysteme erkranken (z.B. hysterische Beinlähmung oder Blindheit), im zweiten Fall Organsysteme betroffen sind, welche vom vegetativen Nervensystem versorgt werden (z.B. Asthmaanfälle, Migräneattacken, hysterische Erregungs- und Dämmerzustände, Hyperventilationstetanien und herzphobische Panikzustände). Im dritten Fall führt psychischer Streß zur Beeinträchtigung der allgemeinen körperlichen Abwehrkräfte und vermag dadurch bei Vorliegen eines entsprechenden „somatischen Entgegenkommens“

(vgl. Freud 1905, S. 200) den Ausbruch einer psychosomatischen Organkrankheit zu begünstigen (z.B. Magenulcus, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, primäre chronische Polyarthrit, Diabetes mellitus etc.).

Aus energetisch-ökonomischer Sicht übt die psychosomatische Symptombildung eine Art „Plombenfunktion“ aus. Wiewohl das alexithyme Individuum wegen seiner brüchigen Ökonomie und seines labilen narzistisch-energetischen Gleichgewichts zur „psychosomatischen Regression“ (vgl. Stephanos 1979) neigt und hierbei den „partiellen Selbstmord eigener Körpersubstanz als Konfliktlösung“ (vgl. Elhardt 1974) in Kauf nimmt, wird dadurch zumindest einer tieferen Regression der Ich-Funktionen bis hin zur Objektaufgabe und zur psychotischen Ich-Fragmentierung Einhalt geboten. Das psychosomatische Symptom als Gegenregulans gegen die psychotische Entgleisung schützt somit vor dem drohenden Persönlichkeitszerfall und verhilft zugleich der „chronischen Anhedonie“ (vgl. Klein 1976) und intrapsychischen Leere des alexithymen Subjekts zu einer strukturgebenden Akzentuierung in Form einer leibnah-schmerzhaften Erfahrung, die der symptomlosen Heillosigkeit (vgl. Müller-Eckhard 1980) ein Ende bereitet und gleich einem Kristallisations- bzw. Individuationskern gerade in der intensiven Erfahrung des körperlichen Schmerzes an versandete Entwicklungslinien einer verschüttgegangenen Identitätsbildung anknüpft.

Zur Frage der Organwahl, d. h. zu der Frage, welche Organe bzw. Organsysteme bei psychosomatischen Regressions- und Desorganisationsprozessen betroffen sind, referierte Cremerius (1957) in seiner Arbeit „Freuds Konzept über die Entstehung psychogener Körpersymptome“ einige der Freudschen Aspekte und kam dabei zu folgendem Resümee:

- „1. Hysterische Organsymptome können sich grundsätzlich an allen Organen abspielen, entsprechend der allgemeinen Erogenität aller Organe.
2. Zu einer Wahl (bei der Hysterie und allgemein bei allen Übertragungsneurosen), zu einer Festlegung der Symptomatologie an einem bestimmten Organ oder dessen Funktion, kommt es durch eine Fülle von Determinanten: individuelle Fakten der Biographie, somatische wie psychische Traumata der ersten Lebensjahre, Eignungen bestimmter Organe zur symbolischen Darstellung bestimmter psychischer Konflikte, Art des Abwehrmechanismus [...], Zeitpunkt und Stärke von Libidofixierungen und der sich daraus ergebenden Regression.“ (S. 132).^{*}

^{*} Zur Ergänzung sei an dieser Stelle auf die Arbeit „Nature and classification of the so-called psychosomatic phenomena“ von Fenichel (1954) hingewiesen, der sich zu diesem Thema wie folgt äußerte:

III. *Untersuchungsperspektive und Methodik*

1. *Fragestellungen und Arbeitshypothesen zur Struktur der „psychosomatischen Kommunikation“*

Bei dieser Untersuchung erhebt sich zuerst einmal ganz allgemein die Frage nach dem ‚Wie‘ des kommunikativen Umgangs von psychosomatischen Patienten mit ihren jeweiligen Partnern. Dabei richtet sich das Augenmerk zunächst rein makropsychologisch auf die formalen verhaltensmäßigen Strukturmerkmale der Paar-Interaktionen in den einzelnen Untersuchungssituationen. Hier interessieren vor allem die Fragen, ob die „psychosomatische Kommunikation“ (i. e. die Interaktions- und Kommunikationsprozesse zwischen dem psychosomatischen Patienten und seinem Partner) einer ganz bestimmten Interaktionslogik Folge leistet, ob bestimmte Verhaltensqualitäten prädominieren und nach welchem Rollen- und Positionsverteilungsmuster die kommunikativen Wechselprozesse ablaufen. Des weiteren stellt sich in diesem Kontext die Frage nach der Rollendifferenzierung (symmetrische versus komplementäre Rollenverteilung) und nach dem effektiven Beziehungsteil innerhalb der psychosomatischen Kommunikation (vgl. Willi 1973, 1975). Aspekte wie Kooperationsvermögen, Anspruchs- und Erwartungshaltungen, Rollenmanagement, Rangordnungs- und Dominanzverhalten der Partner stehen in diesem Kontext zur Diskussion.

Aufgabe einer mehr erlebnisanalytisch-mikropsychologischen Betrachtungsweise wird die Beantwortung der Frage sein, ob sich in der psychosomatischen Kommunikation überhaupt Hinweise auf kollusive Beziehungsmodi finden lassen.

„Briefly the choice of organ depends upon the following factors:
1. the nature of the instinctual demands which are warded off,
2. fixations due to the earlier experiences of the individual,
3. the ability of the organs in question to express certain needs symbolically, 4. which organs had just been used or were specifically cathected at the moment when the decisive repression occurred,
5. the previous physical history of the individual.“ (S. 315)

Damit verbunden, wäre die Existenz eines gemeinsamen (unbewußten) Konflikts, auf den sich die Partner geeinigt haben, zu eruieren. Sollte dies der Fall sein, dann ist die Reproduktion der „Grundmelodie“ dieses gemeinsamen Unbewußten auch in den Untersuchungssituationen zu postulieren.* Natürlich ist dabei der Frage nachzugehen, inwieweit psychosomatische Kollusionsmuster - soweit sie überhaupt existieren - mit den libido- und systemtheoretisch fundierten Grundkategorien Willischer Prägung (narzißtische, orale, anal-sadistische und phallisch-ödipale Kollusion) zu erfassen sind. Denn es ist zu vermuten, daß psychosomatische Patienten aufgrund ihres spezifischen Persönlichkeitsprofils und der Besonderheit ihrer Objektbeziehungen im Unterschied zu psychoneurotischen Individuen andersartige Formen kollusiver Beziehungsmodi herzustellen bestrebt sind. So könnte man sich z.B. hypothetisch vorstellen, daß alexithyme Individuen aufgrund ihrer oral-passiven Abhängigkeitsbedürfnisse und wegen ihres labilen narzißtischen Tonus versucht sind, in der ersten Phase der Partnerschaft das mütterliche Idealobjekt weitestgehend durch den Partner zu substituieren, und daß deswegen die daraus resultierende symbiotisch-narzißtische Kollusionsmodalität bei diesen Individuen als *Conditio sine qua non* für eine Partnerschaft überhaupt (jenseits der Mutter/Kind-Dualunion) zu sehen ist. Für diese Überlegungen spricht auch die Tatsache, daß psychosomatische Patienten normalerweise zeit lebens ledig bzw. ohne festen Partner sind und langdauernde verbindliche Partnerschaften eher selten und wohl nur unter den obengenannten „Rahmenbedingungen“ einzugehen vermögen. Ein Beispiel für diese These stellt wohl das Patientenkollektiv dieser Studie dar, bei dem sich ja alle Patienten in festen Partnerschaften befinden und offensichtlich die für diese Patientenspecies pathognomische „Bindungsschwäche“ überwinden konnte. Wenn aber dieses symbiotisch-narzißtische Beziehungs- und Abwehrarrangement nicht nach den Wunschvorstellungen und Bedürfnissen des alexithymen Subjekts funktionieren sollte, weil sich z.B. sein Partner den komplementärnarzißtischen Idealisierungs- und Verschmelzungswünschen mehr und mehr entzieht, könnte dies im weiteren Verlauf der Partnerschaft (zweite Phase) zum Umschlag in den manifesten Paarkonflikt führen. Die in das

* In diesem Zusammenhang muß betont werden, daß sich die Untersuchungsperspektive primär auf die „akzentsetzende Kollusionsmodalität“ konzentriert, was aber nicht heißen soll, daß daneben nicht auch noch andere Kollusionsmodi auf die psychosomatische Kommunikation Einfluß haben können.

Unbewußte verdrängten Persönlichkeitsanteile treten dann wieder in den bewußtseinsnahen Vordergrund und gefährden zusehends die intradyadische Balance. Es kommt zur Destabilisierung der partnerschaftlichen Infrastruktur und zum Stufenwechsel im kollusiven Organisationsniveau: Der kollusive Selbstteilungsversuch beginnt durch Überkompensation des jeweiligen Rollenverhaltens der Partner. Die Regression des einen und die Progression des anderen sind interdependent und verhalten sich in der dyadischen Verklammerung der Partner komplementär zueinander. Die im kollusiven Interaktionszirkel gefangenen Akteure versuchen nun durch Forcierung des eigenen Abwehrverhaltens den Partner im komplementären Gegenverhalten zu fixieren, um auf diesem Weg die interindividuelle Balance wiederherzustellen und die Wiederkehr der eigenen verdrängten Wunschphantasien und Triebansprüche abzuwehren. So wird möglicherweise das alexithyme Individuum in der Neukalibrierung seines Rollenverständnisses versuchen, sich als reines „Reduplikationsobjekt“ (vgl. Zepf 1981, S. 129) seines Partners zu phantasieren, was aufgrund der entwicklungsbedingten Strukturschwäche der Ich-Funktionen und der brüchigen Ökonomie dieses Individuums als regressiv-adaptiver Mechanismus zu interpretieren ist, der enttäuschungsprophylaktisch zur antizipatorischen Tilgung drohender Objektverlustängste eingesetzt wird (vgl. Jacobson 1964; Stolorow und Lachmann 1978). Auf der anderen Seite empfindet der Partner schon bald den reduplikativ-parasitären Mißbrauch seines Selbst als zunehmende Infragestellung seiner Selbst/Objekt-Grenzen und wird der Fremdbestimmung seiner Person, nämlich als Kopie des mütterlichen Primärobjekts dienen zu sollen, durch verstärkte Authentizitätsbeweise seiner individualspezifischen Originalität entgegenzuwirken versuchen. Die wachsende Weigerung seines Partners, als bloßes Abziehbild der mütterlichen „key-figure“ in Anspruch genommen zu werden; löst wiederum auf seiten des alexithymen Subjekts Objektverlust- und Desintegrationsängste aus, die schließlich im kollusiven Selbstteilungsversuch nicht mehr aufgefangen werden können und in einer dritten Phase der „psychosomatischen Kollusion“ zur Symptomanifestation – sei es die Erstmanifestation oder das Rezidiv – führen. Die psychosomatische Symptombildung (im Sinn einer regressiv verlaufenden Anpassungsleistung des Ich) verschafft dem Patienten „primären Krankheitsgewinn“^{*} und mobilisiert zugleich seitens der Umwelt Fürsorge- und Unterstützungsmaßnahmen (i.e. „sekundärer Krankheitsgewinn“), die ihrerseits

^{*} Freud (1894) schrieb dazu: „Das Ich hat damit erreicht, daß es widerspruchsfrei [d.h. konfliktfrei] geworden ist, es hat sich aber dafür mit einem Erinnerungssymbol belastet, welches als unlösbare motorische Innervation oder als stets wiederkehrende halluzinatorische Sensation nach Art eines Parasiten im Bewußtsein haust.“ (S. 63)

als Verstärker zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen. Die psychosomatische Symptombildung befriedet die kollusive Konfliktodynamik und stellt ein konfliktneutrales Medium für die Rebalancierung der partnerschaftlichen Homöostase dar. Das dyadische Konfliktpotential ist jetzt entschärft, weil sich nun das Paar ganz dem „gemeinsamen Dritten“, der Krankheit, widmen kann. Alles, was nicht unmittelbar mit der Versorgung und Pflege des Leidens zusammenhängt, wird belanglos.

Nach diesem hypothetischen Exkurs zur Erörterung der Frage nach der ‚Spezifität der psychosomatischen Kollusion‘ nun wieder zurück zum Ausgangspunkt der Fragestellungen.

Ein weiterer Aspekt dieser Untersuchung ist die Partnerwahl bei psychosomatischen Patienten aus der Sicht der Kollusionstheorie. Gibt es Anhaltspunkte dafür, daß beim alexithymen Subjekt und seinem Partner eine Bedürfniskomplementarität, eine Ähnlichkeit der Persönlichkeitsstruktur oder/und sogar ähnliche psychische Störungen vorliegen, welche die Grundlage des kollusiven Anpassungs- und Ergänzungsprozesses darstellen? Nach dem Motto: „Gegensätzlichkeiten vom Gleichen ziehen sich an“ (vgl. Willi 1975, S. 180), würde dann das in Betracht gezogene Kollusionsthema in seiner progressiven sowie regressiven Ausgestaltung beide Partner gleichermaßen beschäftigen, wobei im konkreten Rollenhandeln des Paares meist der eine Partner nur den regressiven Part und der andere allein den progressiven Part derselben Grundthematik zeigt.

Ein weiterer interessanter Gesichtspunkt ist der Zeitpunkt der Symptomanifestation, also die Frage, wann das alexithyme Individuum konkret somatisch erkrankt. Hierbei wäre z.B. zu untersuchen, ob es inhaltlich-qualitative Unterschiede zwischen einer prä- und einer postkollusiven Symptomanifestation gibt und ob in beiden Fällen mit Recht von ‚psychosomatischer Kollusion‘ die Rede sein kann. In diesem Zusammenhang wird auch der extradyadische Einfluß auf die psychosomatische Kommunikation und speziell auf die Symptombildung von Interesse sein, wobei gerade Objektverlust-Erlebnisse eine besondere Rolle spielen dürften. Nicht zuletzt muß im Paarvergleich auch der Frage nachgegangen werden, ob es strukturelle Unterschiede in der Organisationsform der psychosomatischen Kollusionsmuster gibt. [Aus theoretischer Sicht wäre ja z.B. denkbar, daß der organisatorische Aufbau der psychosomatischen Kollusion aus einem „reduktiv-mechanistischen Strukturkern“ und einem „psychoneurotischen Strukturmantel“ besteht. Kern (i.e. tieferes Regressionsniveau) und Mantel (i.e. höheres Regressionsniveau) repräsentieren inhaltlich distinkte, jedoch strukturell interdependente Niveaustufen kollusiver Organisationsform. Verlaufsrichtung und Reversibilität des kollusiven Stufenwechsels werden von variablen

Größen, wie z.B. prämorbid Persönlichkeit, „Interaktionspersönlichkeit“ (vgl. Willi 1973, 1975, 1978) und Regressionsbereitschaft der Partner einerseits sowie Dauer und Intensität des Paarkonflikts andererseits, determiniert (Zwei-Stufen-Modell der psychosomatischen Kollusion). Der psychoneurotische Strukturmantel und der reduplikativ-mechanistische Strukturkern prägen gemeinsam - wenngleich paarspezifisch in unterschiedlichen Verteilungsmustern - das epiphanomale Erscheinungsbild und das „Interieur“ des psychosomatischen Kollusionsgefüges. Demzufolge sind mögliche Unterschiede in der Organisationsform von psychosomatischen Kollusionen vermutlich auf die differentiellen Verteilungsmuster von ‚Kern- und Mantel‘-Parametern und auf die damit verbundenen unterschiedlichen Wirkspektren dieser Einflußfaktoren innerhalb des Kollusionsgefüges zurückzuführen.]

2. Methodisches Procedere

Erklärtes Ziel dieser Pilotstudie ist es, Oberflächen- und Tiefenaspekte des psychosomatischen Kommunikationsverhaltens zu untersuchen und danach Ausschau zu halten, ob es überhaupt Hinweise auf kollusive Beziehungsmodi in der psychosomatischen Kommunikation gibt und, wenn ja, in welcher Erscheinungs- und Organisationsform. Das methodische Inventar dieser Arbeit besteht aus folgenden Test- und Untersuchungsverfahren:

- 1) Klinisch-psychosomatisches Interview,
- 2) Psychischer und Sozial-Kommunikativer Befund (PSKB),
- 3) Gießen-Test (GT),
- 4) Individueller Rorschach-Versuch (IRV) und Gemeinsamer Rorschach-Versuch (GRV).

Ad 1)

Das klinisch-psychosomatisch orientierte Interview lehnt sich konzeptionell an Interviewtechniken an, wie sie u.a. von Schultz-Hencke (1951), Deutch und Murphy (1955), Argelander (1967), Bräutigam (1968), Meerwein (1969), Dührssen (1972) und Elhardt (1974) beschrieben worden sind. Es erstreckte sich bei dieser Untersuchung auf drei bis sechs Sitzungen von mindestens einer Stunde (was von der Belastbarkeit und dem Zustandsbild des jeweiligen Patienten abhing) und wurde bei Patienten in stationärer Behandlung in der Klinik, bei Patienten in ambulanter Behandlung in deren häuslicher Umgebung durchgeführt. Für die formale Durchführung des Interviews

war die Erhebung der biographischen und pathographischen Anamnese die richtungsweisende Leitlinie, wobei kein Anspruch auf eine lückenlose Erfassung von sogenannten objektiven Daten („Ereignisdaten“) erhoben wurde. Die inhaltliche Gestaltung des Interviews war weitgehend dem Patienten überlassen, der dabei die subjektiv relevant erscheinenden Erlebnisinhalte und Empfindungsgrößen seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte („Erlebnisdaten“) frei-assoziativ ausdrücken konnte.

[Die Tonbandprotokolle der sechs Interviews sind im originalen Wortlaut im Dokumentations-Teil dieser Arbeit wiedergegeben.]

Ad 2)

Der PSKB (vgl. Rudolf 1981) dient nach Ansicht des Verfassers der standardisierten Dokumentation des Befundes, der bei neurotisch und psychosomatisch Kranken mit Hilfe der biographischen Anamnese erhoben wird. Anhand einer Check-Liste (84 Items) werden vom Rater Verhaltens- und Erlebnisweisen erfaßt, die nach psychoanalytisch-psychotherapeutischer Erfahrung für psychosomatische und psychoneurotische Patienten charakteristisch sind (vgl. Rudolf 1979). Der „Psychische und Sozial-Kommunikative Befund“ liefert als Screening-Methode einen ersten Überblick über Schwerpunkte und Ausmaß der neurotischen Auffälligkeiten von Probanden und wurde in dieser Untersuchung bei jedem der sechs Patienten als diagnostische Orientierungshilfe eingesetzt. Durch Faktorenanalyse wurden die 84 PSKB-Merkmale auf 10 statistisch meist unabhängige Merkmale reduziert. [Diese lauten wie folgt: 1. Bindungslosigkeit, 2. Soziale Auffälligkeit, 3. Enttäuschungsbereitschaft, 4. Ängstlichkeit und Anklammerungstendenz, 4 a. Angstsymptomatik, 5. Überfürsorglichkeit und Bemühtheit, 5 a. Depressive Symptomatik, 6. Ärgerlichkeit und Kampfbereitschaft, 6 a. Zwangssymptomatik, 6 b. Narzißtische Züge.] Diese zehn Faktoren stellen Dimensionen neurotischen Verhaltens dar, wobei das klinische Bild in der Regel durch die jeweils ausgeprägtere Dimension gekennzeichnet wird.

[Im Dokumentations-Teil sind die PSKB-Untersuchungsergebnisse tabellarisch dargestellt.]

Ad 3)

Der Gießen-Test (vgl. Beckmann und Richter 1972) stellt mittlerweile ein Routineverfahren in der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Individual- und Gruppendiagnostik dar. Der Test kann zur Selbst- und Fremdeinschätzung angewandt werden

und ermöglicht z.B. in der Paar-Interaktions-Diagnostik die Erhebung und den Vergleich von zwei Selbst- und zwei Fremdbildern der Partner (mm = Urteil des Mannes über sich selbst, mw = Urteil des Mannes über die Frau, wm = Urteil der Frau über den Mann, ww = Urteil der Frau über sich selbst). Die 40 Items dieses Persönlichkeitsfragebogens können vom Probanden in etwa 15 Minuten bearbeitet werden; zur Beantwortung bestehen jeweils sieben Wahlmöglichkeiten. Die Items fragen nach komplexen emotionalen Grundbefindlichkeiten (Ängstlichkeit, Depressivität usw.), „Ich-Qualitäten“ (Durchhaltefähigkeit, Selbstkritik, Introspektionsfähigkeit etc.) und Interaktionsformen des Probanden in Paar- bzw. Gruppenbeziehungen. Der GT ist aus sechs bipolar konstruierten Standardskalen zusammengesetzt (1. Soziale Resonanz, 2. Dominanz, 3. Kontrolle, 4. Grundstimmung, 5. Durchlässigkeit, 6. Soziale Potenz), die Werte eines Probanden auf diesen Skalen ergeben sein GT-Testprofil.

In dieser Untersuchung wurde der GT bei allen sechs Paaren zur interaktionsdiagnostischen Analyse der Paarbeziehungen eingesetzt, wobei von jedem Paar zwei Selbst- und zwei Fremdbilder erhoben wurden.

[Sämtliche GT-Testprofil-Blätter und Ergebnistabellen sind im Dokumentations-Teil dargestellt.]

Ad 4)

Der individuelle Rorschach-Versuch (vgl. Rorschach 1972) und der von Willi (1973) entwickelte Gemeinsame Rorschach-Versuch stellen projektive Testmethoden dar, die auf psychoanalytischen Grundannahmen basieren und der mikropsychologischen Erfassung von Persönlichkeitsstrukturen und psychodynamischen Dimensionen in ihrer partnerschaftlichen Verschränkung dienen. Während sich der IRV auf die Erhebung von intraindividuellen Erlebensvariablen (Bedürfnisse, Ängste, Abwehrmaßnahmen usw.) beschränkt, versucht der GRV gleichzeitig Erlebens- und Verhaltensdimensionen im konkreten partnerschaftlichen Interaktionsfeld zu erfassen. Der GRV stellt durch seine Versuchsanordnung (die Probanden haben sich bei der gemeinsamen Interpretation der 10 Rorschach-Tafeln auf eine einzige Klecksdeutung zu einigen!) die Versuchsteilnehmer in eine konkrete Interaktionsszene und fordert ihnen aktuell ein hohes Maß an gegenseitigem Anpassungs- und Problemlösungsverhalten ab. Dies erlaubt Einblicke in die intraindividuelle Strukturdynamik (Korrelation von äußerer Anpassung und inneren Abwehrprozessen) und ermöglicht zugleich, die individuelle

Bedürfnisstruktur und Psychodynamik der Partner in ihrer dyadischen Verschränkung kennenzulernen. Überdies bietet der Vergleich der Persönlichkeitserfassung im IRV und GRV zusätzlich die Möglichkeit, den Charakter der „Interaktionspersönlichkeit“ (vgl. Willi 1973, S. 81 f.) der jeweiligen Partner genauer zu bestimmen, was ja gerade für die Analyse von kollusiven Beziehungsmodalitäten von größtem Wert ist.*

Bei dieser Studie wurde zuerst der IRV (bei jedem Probanden) und dann der GRV (bei jedem Paar) jeweils an verschiedenen Untersuchungstagen durchgeführt, damit Test-Erinnerungs-Effekte (von IRV zu GRV) minimiert werden konnten.

[Die IRV/GRV-Tonbandprotokolle (mit Rorschach-Signierungen), die IRV/GRV-Verrechnungsblätter (der Erlebens- und Verhaltensanalysen) und die IRV/GRV-Ergebnistabelle sind im Dokumentations-Teil zu finden.]

3. Die Gewinnung der Patienten

Die Patienten dieser Studie entstammen dem Krankengut der II. Medizinischen Klinik des Klinikums Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München und befanden sich dort zwischen 1981 und 1982 in stationärer oder/und ambulanter Behandlung. Sie wurden nach folgenden Gesichtspunkten für die Untersuchung ausgeselen:

- 1) Das Alter der Patienten sollte möglichst zwischen 18 und 45 Jahren betragen und ihr Wohnsitz in München (oder in der unmittelbaren Umgebung) liegen.
- 2) Die Patienten sollten fest liiert bzw. verheiratet sein, wobei die Partnerschaft mindestens ein Jahr vor dem Untersuchungsanfang begonnen haben sollte.
- 3) Die Diagnose (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa) mußte röntgenologisch/rektoskopisch gesichert und durch die histologische Untersuchung des biopsischen Materials erhärtet sein.
- 4) Der Zeitpunkt der Erstmanifestation der Crohn- bzw. Kolitis-Symptome sollte nicht länger als fünf Jahre zurückliegen.
- 5) Der Zeitpunkt der Erstmanifestation der Symptome sollte möglichst nach der Aufnahme der Partnerbeziehung liegen.
- 6) Im Patientenkollektiv sollte die Anzahl der Männer und der Frauen gleich groß sein.

* Während sich im IRV die Persönlichkeit eines Probanden „als solche“, sprich in ihrer individuellen Eigenart, darstellt, zeigt sich im GRV mehr die speziell auf einen konkreten Partner bezogene Persönlichkeit eines Individuums.

Die Erfüllung des Kriteriums 2) (i.e. feste Paarbeziehung) bereitete erwartungsgemäß bei der Gewinnung der Untersuchungsgruppe besondere Schwierigkeiten, weshalb die Auslese und Zusammenstellung des Gesamtkollektivs circa eineinhalb Jahre dauerte. Die Kriterien 4) und 5) konnten aus Praktikabilitätsgründen nicht konsequent durchgehalten werden. Aus diesen Gründen wurde auch auf die Zusammenstellung einer Kontrollgruppe verzichtet.

Der Versuch einer statistischen Auswertung der Untersuchungsergebnisse wurde zwar unternommen, konnte aber aufgrund der niedrigen Fallzahlen (6 Paare, also 6 Patienten und insgesamt 12 Probanden) zu keinen statistisch signifikanten Ergebnissen führen. Es war vielmehr das Ziel der Studie, klinisch relevante Resultate zu erzielen, die ihrerseits die Grundlage für weiterführende, umfangreichere Forschungsprojekte auf diesem Gebiet bilden können.

B. EMPIRISCHER TEIL: KLINISCHE KASUISTIK

I. Bemerkungen zur Präsentation der Fallbeispiele und zur Durchführung der Materialanalyse

Im folgenden Abschnitt wird das an den sechs Paaren erhobene Untersuchungsmaterial einer differenzierten Inhaltsanalyse unterzogen. Dabei werden die Untersuchungsergebnisse jedes einzelnen Paares für sich diskutiert und einer bewertenden Interpretation zugeführt. Zusätzlich zur interaktionsdiagnostischen Einschätzung der Paarbeziehung (mittels der Testverfahren GT und IRV/GRV) werden die sechs Patienten auch aus individualdiagnostischer Sicht mit Hilfe des klinisch-psychoomatischen Interviews und des PSKB beurteilt. Die Durchführung der gesamten Materialanalyse eines Paares sieht in ihren einzelnen Arbeitsschritten folgendermaßen aus: Zunächst wird das Interview mit dem Patienten, nach wesentlichen bio- und pathographischen Aspekten strukturiert, in Kurzfassung wiedergegeben. Dadurch sollen erste Eindrücke bezüglich der prämorbidn Persönlichkeit des Patienten, seiner familialen Objektbeziehungen, der krankheitsauslösenden Situation, seiner gegenwärtigen Lebenssituation, seines Umgangs mit der Krankheit und hinsichtlich lebensgeschichtlich relevanter psychischer Traumata und Konflikte des Patienten vermittelt werden. Die individualdiagnostische Perspektive wird in einem zweiten Arbeitsschritt mit der Auwertung und Interpretation der PSKB-Untersuchungsergebnisse des Patienten verknüpft und sinnvoll ergänzt. Der PSKB bietet ein Screening der zugrunde liegenden psychoneurotischen Struktur des psychoomatischen Patienten und ermöglicht eine differenziertere Darstellung der neurotischen Persönlichkeitsmerkmale mit Gewichtung der einzelnen Strukturkomponenten im Sinne eines psychoneurotischen Strukturprofils. In einem weiteren Arbeitsschritt wird aus interaktionsdiagnostischer Sicht die Paarbeziehung anhand der Selbst- und Fremdbeurteilungen der Partner im GT analysiert. Hierbei sind zum Beispiel Übereinstimmungen oder Polarisierungstendenzen der Selbst- und Fremdbilder entlang der sechs Standard- und zwei Einstellungsskalen des GT von besonderem Interesse, da sie Aufschlüsse über die Rollendifferenzierung und mögliche

Konfliktsektoren innerhalb des Paarsystems geben können. Ein Vergleich der GT-Profile der Partner mit Referenzprofilen von Neurotikern und Psychosomatikern aus anderen Untersuchungen bietet zusätzlich die Möglichkeit einer paarspezifischen Einstufung der Testergebnisse vor dem Hintergrund einer Vergleichspopulation. Im letzten Arbeitsschritt wird mit Hilfe des kombinierten Einsatzes von IRV und GRV der Versuch unternommen, die Feinstruktur der partnerschaftlichen Interaktionsdynamik zu erkunden. Aus psychodynamischer Sicht werden wesentliche intra- und interindividuelle Aspekte der „Interaktionspersönlichkeiten“ der Partner (gemeinsame Ängste, Wunschphantasien, Abwehrformation, Rollenmerkmale, Bedürfnisstruktur, Erwartungs- und Anspruchshaltungen usw.) beleuchtet. Die quantitative Dimension der Interaktionspersönlichkeit eines Partners erfaßt die Verhaltensanalyse im GRV, die sich auf Verhaltensvariablen wie Rangordnungs- und Dominanzverhalten (Tafelhalten, Vorschlagszahl, Penetranz und Entscheid), affektiver Beziehungsstil (Beurteilungen) und auf das Problemlösungsverhalten (Qualität der gemeinsamen Deutungen und Kooperation) bezieht. Die qualitative Dimensionierung der Interaktionspersönlichkeit der Partner erfolgt über die Erlebensanalyse im GRV (Interpretation der Deutungsinhalte in bezug auf zugrunde liegende Ängste, Bedürfnisse und Konflikte) und besonders durch den Vergleich der Erlebnistypen der Partner im IRV und GRV. Da der GRV von seiner Konzeption her einen experimentellen Konflikt setzt, der die dynamisch-dialektische Bezogenheit der Partner-Interaktionspersönlichkeiten in Bewegung zu setzen beabsichtigt, wird deshalb ein besonderes Augenmerk auf die dadurch mobilisierten Wunsch-Abwehr-Tendenzen, Rückkoppelungsmanöver und Auffangreaktionen im partnerschaftlichen Interaktionsgefüge gerichtet, in der Hoffnung, auf diesem Wege spezifische Indikatoren für die Identifizierung von Kollusionsmodalitäten in einer Paardyade systematisch erfassen zu können.

II. Evaluation und Interpretation

1. Paar I

1.1. Interview

- Persönliche Daten des Patienten:

Morbus-Crohn-Patient, Jahrgang 1949, verheiratet, zwei Kinder, von Beruf Kaufmann, jetzt krankheitsbedingt Frührentner.

- Interviewsituation:

Zum Gespräch erscheint ein deutlich jünger aussehender Patient, der im interpersonalen Kontakt kooperativ und zugewandt wirkt.

Das Gespräch gestaltet sich flüssig und ohne lange Pausen, der Patient gibt bereitwillig Auskunft, spricht schnell und sieht die Interviewsituation als willkommene Gelegenheit, sich „mal richtig aussprechen zu können“.

Der psychopathologische Status ist unauffällig.

- Aktuelle Symptomatik:

Der Patient berichtet, er habe wegen seiner Erkrankung eine zunächst auf zwei Jahre befristete Zeitrente erhalten. Seine augenblicklichen Hauptbeschwerden rühren von einer Analfistel her, welche sich in die Rectum-Höhle, die nach seinen zwei Darmoperationen noch übriggeblieben sei, eingenistet habe. Sie eitere ständig und heile nicht zu. Er habe immer Kreuzschmerzen, Schwindelgefühle und eine Mattigkeit, was seiner Meinung nach an seinem gestörten Elektrolythaushalt und Vitaminstoffwechsel liege. Außerdem bereite ihm zur Zeit eine Abszeßbildung unterhalb des Anus praeter, der ihm 1977 angelegt worden ist, Beschwerden. Wegen der Analfistel komme er jetzt einmal wöchentlich zum Spülen in die Klinik. Er befürchte, daß er trotzdem nicht um eine dritte Operation herumkomme.

- Pathographie

(Prodromi, auslösende Situation und Krankheitsverlauf im Längsschnitt):

Die Erstmanifestation der Krankheit datiert der Patient zunächst auf Januar 1975, als seine an einem Nierenkarzinom erkrankte Mutter während der Operation starb. Im Zwischenzeitraum habe er keine Darmbeschwerden gehabt, erst wieder im August 1975, als er sich eine Salmonellenvergiftung zugezogen hatte.

In einer späteren Gesprächspassage glaubt er „diese Krankheit 1976 bekommen“ zu haben. Er habe im Frühjahr 76 Blut im Stuhl gehabt, im September sei es dann ganz besonders schlimm geworden. Zwischendurch habe er zwar schon Beschwerden gehabt, habe diese aber auf seine Hämorrhoiden zurückgeführt und als Folgeerscheinung der Salmonellenvergiftung betrachtet. Bei genauerem Nachfragen räumt er aber ein, daß er „schon immer an der Stelle, wo der Blinddarm war, Beschwerden“ gehabt habe, die Ende 1974 erstmals aufgetreten waren. Zu dem Zeitpunkt war seine Mutter wegen ihrer Krebserkrankung bereits in stationärer Behandlung. Er sei damals zwar um seine Mutter besorgt gewesen, habe dem Ganzen aber keine große Bedeutung zugemessen. Schließlich stellt Herr H. fest, seine sogenannten Blinddarm-Beschwerden hätten eigentlich exakt am Tag der Krankenhauseinweisung seiner Mutter begonnen, also Ende 1974. Vorher sei er immer gesund gewesen. Anfang 1975 wurde die röntgenologisch gesicherte Diagnose Morbus Crohn gestellt und eine medikamentöse Therapie eingeleitet. Wegen einer akuten Exazerbation der Symptomatik wurde Herr H. im September 1976 im Rahmen einer stationären Behandlung erstmals operiert. Im November 1977 erfolgte die zweite Operation mit Anlegung eines Anus praeter. Seitdem befindet sich Herr H. in ambulanter Behandlung.

- Biographie

(Familiäre Situation, Objektbeziehungen, persönliche Entwicklung, prämorbidie Persönlichkeit, lebensgeschichtlich relevante Erfahrungen)

Anfang der fünfziger Jahre, also in seiner frühen Kindheit, seien sie noch eine richtig schöne Familie gewesen. Als aber der elterliche Betrieb expandierte, seien die Kinder sich meist selbst überlassen gewesen oder zu Verwandten abgeschoben worden. Die Beziehung zu seinem Vater habe schon immer darunter gelitten, daß dieser nie mit ihm etwas unternommen habe, daß er viel getrunken habe und überhaupt an seinen Kindern desinteressiert gewesen sei. „Seine Interessen waren Geschäft, Geldverdienen und Leute übers Ohr hauen“. Die Mutter hingegen habe alles für sie getan und „auch die Zärtlichkeit gegeben, die wir brauchten“. Sie sei sehr fleißig gewesen und habe sich für den Familienbetrieb aufgeopfert. Die Beziehung

zu seiner Mutter sei sehr eng und innig gewesen, sie sei die ideale Mutter gewesen, „herzlich, hat einem immer geholfen, war immer für einen da - wenn sie Zeit gehabt hat [...] und die Zuneigung immer optimal, ich kann nichts anderes sagen“. Er als Jüngster sei das Nesthäkchen gewesen, um den sich die Mutter besonders gekümmert habe („...da war natürlich Zucht und Ordnung und Leistungswille gefordert“). Mit seinem sieben Jahre älteren Bruder habe er bis zum heutigen Tag kein enges Verhältnis gehabt. Da seien sie wesensmäßig zu unterschiedlich. Sein Bruder sei ganz dem Vater nachgeraten. Die Hobbies des Bruders seien Geldverdienen und Trinken, während „seine geistigen Interessen doch etwas zu wünschen übriglassen“.

Seine frühkindliche Entwicklung sei normgerecht und unauffällig verlaufen. Die Sauberkeitserziehung sei von seiner Mutter sehr genau genommen worden, da sie im Gegensatz zu seinem Vater „so ein ordentlicher Typ war“. Mit fünf Jahren sei er wegen der Expansion des elterlichen Unternehmens „zur Tante abgeschoben“ worden, der ältere Bruder sei ins Internat gekommen. Bezüglich seiner sexuellen Entwicklung betrachtet er sich als Spätentwickler. Er habe „erst mit sechzehn oder siebzehn Jahren an Mädchen gedacht“. Nach der mittleren Reife absolvierte er eine Kochlehre und kam als Zwanzigjähriger zur Bundeswehr. Beziehungen mit anderen Frauen vor seiner Ehe seien oberflächlicher Art und „doch mehr auf Sexualität ausgerichtet“ gewesen. Während seiner jetzt zehnjährigen Ehe sei er „ein einziges Mal fremdgegangen“, wobei die Initiative von dieser Frau ausgegangen sei. Nach der Bundeswehrzeit heiratete er und übernahm zusammen mit seiner Frau einen Lebensmittelladen innerhalb des elterlichen Unternehmens. Der Tod seiner Mutter Anfang 1975 habe ihn schwer getroffen, weil „meine Mutter für mich die einzige Bezugsperson darstellte“. Nach dem Tod seiner Mutter habe es ständig Auseinandersetzungen mit seinem Vater gegeben, so daß er sich mit seiner Frau zum Auszug aus dem elterlichen Anwesen entschlossen und Ende 1975 gegen den Willen seines Vaters ein eigenes Haus erstanden habe. Seitdem wohne er dort zusammen mit seiner Frau und seinen beiden Kindern und arbeite weiterhin - soweit es die Krankheit zuläßt - im gemeinsamen Geschäft mit.

- Psychodynamische Aspekte

(Wesentliche Konflikte, Ängste, Wunschphantasien, Abwehrhaltung, traumatische Erlebnisse, Träume, Fehlleistungen usw.):

Aus den Schilderungen des Patienten erheilen starke Idealisierungstendenzen der Mutter gegenüber und aggressiv-abwertende Haltungen gegenüber dem Vater, denen genetisch gesehen mangelhafte Selbst/Objekt-Differenzierungen und deutliche Spaltungstendenzen (Mutter als gutes Objekt, Vater als böses Objekt) zugrunde

liegen. Die Mutter als grandioses Primärobjekt verwöhnte ihren jüngeren Sohn oral-narzißtisch - soweit sie Zeit hatte (d.h. ein unkontinuierliches Interaktionsangebot). In der Phase der Loslösungs- und Individuationsversuche führte sie ein strenges „anales Regiment“, der Vater als potentieller Schrittmacher für die Loslösung aus der symbiotischen Mutter/Kind-Dualunion fiel wegen seiner neurotischen Abwehrhaltung als Identifikationsfolie aus (i.e. gescheiterte frühe Triangulierung), beides Tatsachen, die frühe präödipale Entwicklungsschritte arretierten und bei dem Patienten vermutlich zu strukturellen Ich-Störungen führten. Die ödipale Triangulierung fand mehr oder minder nicht statt („Als jedoch der elterliche Betrieb expandierte und meine Mutter immer mehr eingespannt war - ich war da circa fünf Jahre alt - , wurde ich zur Tante abgeschoben ...“), wodurch weitere Entwicklungsmöglichkeiten hinsichtlich einer Strukturbildung (Über-Ich- und Ich-Ideal-Identifizierungen mit dem Vater sowie Verdrängung sexuell-inzestuöser Wünsche gegenüber der Mutter) gestört wurden. Spätestens ab diesem Zeitpunkt erfüllte der Patient den psychischen Status eines „gebundenen Ausgestoßenen“, der „nur mal so kurze Gastspiele auf ein halbes Jahr“ daheim gab. Angesichts dieser Frühstörungen der präödipalen Entwicklungsschritte und aufgrund des Ausfalls des ödipalen Dreiecks ist auch die Reifungsstörung der sexuell-genitalen Triebansprüche nicht verwunderlich („... so Sexualität oder so bin ich ein Spätentwickler“). Das sexuelle Adgredi als aktiver Eroberer war ihm nie möglich, die „Eheanbahnung“ über seine Mutter („Meine Mutter wollte, daß ich die eher heirate“) und die Verführung zum Seitensprung (die er als Überraschter, „passiver Lüstling“ regelrecht über sich ergehen ließ) sind Indizien dafür.

Angesichts dieser psychogenetischen Voraussetzungen überrascht es nicht, daß durch die erzwungene Trennung vom mütterlichen Idealobjekt (Tod der Mutter) die fragile Selbstkohäsion des Patienten massiv in Frage gestellt wurde und es bei ihm zu ausgeprägten Trennungs- oder gar Desintegrationsängsten kommen mußte, die er aber nicht bewußt erlebte, sondern - und das ist kein Zufall - als Darmbeschwerden auf einer organischen Austragsebene in spürbare Erlebnisgestalt überführte. Die anal-aggressiven und possessiven Ansprüche seines Vaters nach dem Tod der Mutter („Er wollte alles zusammenhalten, solange er lebte“) stellten für ihn Versuchsungs-Versagungs-Situationen dar, die er unbewußt ambivalent erlebte und die aufgrund seiner psychischen Strukturinsuffizienz zu weiteren Selbstwertdysregulationen führten, wofür auch seine Entscheidungsambitendenz spricht: einerseits der Verzicht auf den Erbteil, andererseits der Kauf eines Eigenheims und die damit verbundene räumliche Trennung vom Vater

trotz dessen energischen Protestes. In beiden Fällen liegt aber eine massive Beanspruchung seines lädierten narzißtischen Tonus vor („Im Zwischenzeitraum hatte ich keine Beschwerden mit dem Darm, nur Ärger mit dem Vater“), die bei seiner anal-narzißtisch gefärbten Libidofixierung („Durch das vorgelebte Modell meines Vaters (...) >hast du Geld, hast du Ansehen< war ich schon beeinflusst (...) Dadurch, daß wir einen Campingplatz besaßen und ich den mehr oder weniger geleitet habe, hatte ich ein wahnsinniges Ansehen ...“) die funktionelle Mobilisierung des korrelativ spezifischen Organsystems induzierte. Die mit dieser psychosomatischen Regression einhergehende Immunschwäche führte zu einer Salmonelleninfektion, wodurch sich zur psychosomatischen Pathologie eine organische Noxe als pathogenetischer Co-Faktor hinzugesellte und schließlich einem progredienten Resomatisierungs- und Desorganisationsprozeß mit konsekutivem Organsubstanzdefekt (als Resultat destruktiver Aggressionen auto-plastischer Art im Dienst der Selbstbestrafung) den Weg bahnte.

1.2. PSKB

Die Auswertung des 'Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befundes' von Herrn H. ergab bei der diagnostischen Beurteilung anhand des Ausprägungsgrads und des Verteilungsmusters der PSKB-Merkmale eine depressive Neurosenstruktur mit phallisch-narzißtischer Akzentuierung (siehe PSKB-Ergebnistabelle im Dokumentations-Teil).

1.3. GT

Die globale Einschätzung der Fremd- und Selbstbeurteilungen des ersten Paares weist im Vergleich mit Referenzprofilen von psychoneurotischen und psychosomatischen Patientengruppen (i.e. gemittelte Vergleichsprofile), wie sie den Arbeiten von Beckmann und Richter (1972, S.69 und 70) und von Rada (1977) zu entnehmen sind*, deutliche Abweichungen auf den Skalen 1 (Soziale Resonanz), 3 (Kontrolle), besonders was die Selbst- und Fremdbeurteilung des Patienten betrifft, und auf den Skalen 4 bis 6 (Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz) auf. Skala 1 zeigt vergleichsweise ausgeprägte exhibitionistisch-voyeuristische Tendenzen beider Partner, so wie sie typischerweise in einer hysterischen Erlebnisform zum Ausdruck kommen. Skala 3 zeigt eine deutliche Abweichung der Selbst- und Fremdbilder des Patienten in Richtung ‚Unterkontrolliertheit‘ im Vergleich

★

Siehe GT-Profile im Dokumentations-Teil

zu den Referenzprofilen, was für eine defektuöse Über-Ich-Schranke gegenüber andrängenden Es-Impulsen und eher für einen „triebhaften Charakter“ im Sinne einer gestörten Triebregulation spricht. Die Skala 4 weist die Grundstimmung der Partner als eher ausgeglichen auf, wobei die Hauptrichtung der Aggressions-entfaltung (mit Ausnahme des Patienten-Selbstbildes) mehr nach außen gerichtet ist. Skala 5 weist eine starke Tendenz zum Durchlässigkeitspol auf, was gemäß dem zugrunde liegenden Theoriekonstrukt für ein auf Urvertrauen und Autonomie basierendes Kontakterleben und -verhalten des Paares sprechen würde. Skala 6 bildet das Paar als potente Individuen im heterosexuellen Kontakt ab, welche die ödipal-genitale Entwicklungsstufe in vollem Umfang erreicht haben und Reifemerkmale wie ausgeprägte Liebesfähigkeit, gesundes Selbstvertrauen und aktiv-konkurrierende Haltung sowie Bindungsfähigkeit besitzen.

Insgesamt betrachtet stellt sich das Paar im Gegensatz zu den Vergleichs-populationen als sozial sehr beliebt (Skala 1), in der Grundstimmung ausgeglichen und stabil (Skala 4), im Bereich psychosozialer Beziehungen vertrauensvoll und selbständig (Skala 5) und im heterosexuellen Umgang als potent und durchsetzungsfähig (Skala 6) dar. Auf diesen Skalen finden sich auch weitgehend übereinstimmende (bzw. identische) Beurteilungen der Partner. Im Kontrast dazu zeigt sich die Beziehungsstruktur des Paares auf den Skalen 2 und 3 in einem anderen Licht: Bei Skala 3 stellt sich Einigkeit zwischen den Partnern über ein komplementäres Rollenverhältnis dar. Er hält sich für ‚unterkontrolliert‘, was sie in ihrer Fremdbeurteilung noch pointiert, umgekehrt verschärft er in seiner Fremdbeurteilung ihr Selbstbild vom überkontrollierten, zwanghaften Charakter. Bei Skala 2 beurteilt der Pat. sich selbst und seine Frau als völlig ‚normal‘, dagegen hält sich seine Frau für sehr gefügig und sich unterordnend, während sie ihren Mann nicht frei von Dominanzansprüchen sieht.

Zusammengefaßt ergibt sich nun bei der differenzierten Analyse der Selbst- und Fremdbeurteilungen dieses Paares entlang den 6 Skalen folgendes Bild: Die Partner bestätigen einander ihre Selbstetikettierungen als beliebte, sozial anerkannte und kontaktsichere Menschen (Skalen 1, 5, 6), deren Grundstimmung ausgeglichen und stabil ist (Skala 4). Diese „Außendarstellung“ kontrastiert mit der Infrastruktur des Paares, wo sie ihm Kontrollschwäche und triebhaftes Agieren attestiert und er umgekehrt ihre ausgeprägte Zwanghaftigkeit bestätigt (Skala 3), ein Zustand, den sie aber nur unter mühsamer Verdrängung eigener Es-Impulse und unter damit verbundener Ich-Einschränkung zu ertragen vermag (Skala 2). Fazit:

Hinter der konformistischen Fassade forciierter Normalität spielt sich ein Paar-konflikt zwischen den Polen triebhaften Agierens und mangelhafter Affektkontrolle einerseits und überkontrollierter Triebsteuerung sowie kompensatorischer Ab-tretung eigener Dominanz- und Autonomieansprüche andererseits ab. Vor dem Hinter-grund dieses Beziehungskonfliktes relativiert sich die markierte Stimmungsausge-glichenheit des Paares (Skala 4) und dürfte wohl eher als Ausdruck der unter starkem Normalitätsdruck operierenden Abwehr- bzw. Anpassungsmechanismen dieser Paarbeziehung zu interpretieren sein.

1.4. IRV/GRV

Im IRV ist der Erlebnistyp des Patienten extratensiv-dilatiert ($B: Fb = 2: 5\frac{1}{2}$), was für eine lebhaft bis labile Affektivität spricht, wobei die introversiven Komponenten (2 B) zu einer gewissen - wenngleich störanfälligen - Impulskontrolle und Affektstabilisierung beitragen. Das Einfühlungsvermögen liegt im Durchschnitts-bereich (2 B: 3 FFb), die Intelligenz ist gut durchschnittlich (18 Antworten, 9 G) mit einer Tendenz zum theoretisch-abstrakten Denken (9 G, 9 D) und ohne Neigung zu Kleinlichkeiten oder Pedanterie (weder Dd noch Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen sind unterdurchschnittlich (55% F+), was für mangel-hafte Beobachtungsschärfe oder für affektabhängige Konzentrationsschwäche sprechen könnte. Das Denken ist nicht frei von Stereotypisierungstendenzen (50% T), strukturfest und an die Realität angepaßt (22% V). Die Plastizität und Originalität des Gedanken-ablaufs sowie der Einfälle reichum liegen im überdurchschnittlichen Bereich (28% Orig.±).

Der Erlebnistyp der Frau im IRV ist extratensiv - stark dilatiert ($B: Fb = 1: 7\frac{1}{2}$), wobei die Zusammensetzung der extratensiven Momente (6 FbF und 2 Fb) für Launen-haftigkeit und mangelhafte Impulskontrolle spricht, zumal die affektive Anpassungs-fähigkeit (keine FFb) und ebenso die introversiven Komponenten (1 B) deutlich zu wünschen übriglassen und deswegen nicht für die notwendige Stabilisierung sorgen können. Die empathischen Fähigkeiten sind nur mäßig ausgebildet (1 B: 0 FFb), die Intelligenz ist ohne besondere Ambitionen (18 Antworten, 6 G). Die intellektu-ellen Funktionen sind auf konkret-praktische Interessen ausgerichtet (6 G, 12 D) und verlieren sich nicht in übertriebene Genauigkeit (weder Dd noch Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen liegen im unteren Normbereich (67% F+),

ein Hinweis auf reduzierte Ekphorierfähigkeit oder eingeschränkte Beobachtungsschärfe. Keine Anhaltspunkte für Denkestereotypen (44% T), das Denken ist strukturfest und an die Realität stark angepaßt (28% V). Die kognitive Originalität und Plastizität zeigt wenig Einfallsreichtum (5,5% Orig.+), was ein Zeichen entweder für das Fehlen intellektueller Kreativität oder für das Vorliegen depressiver Verstimmtheit ist, wobei der Erfassungstyp (G-D) mehr für die erste Annahme spricht.

Bei der Interpretation der Deutungsinhalte der Partner im IRV (entlang der zehn Tafeln) lassen sich psychodynamische Grundstrukturen und „Trends“ notieren, die nachfolgend in stichwortartiger Kurzfassung wiedergegeben werden:

Der Patient neigt dazu, aggressive und libidinöse Triebimpulse des ödipalen Organisationsniveaus abzuwehren und durch Intellektualisierung zu entschärfen (vgl. Tafel II, Rotschock in Tafel III). Die Vater-Imago ist ohne „ödipale Reizwirkung“ (Tafel IV), die Einstellung zur Realität dysphorisch-pessimistisch (Fehlen der V-Deutung und Dunkelschock in Tafel V), die phallisch-genitalen Triebansprüche sind stark angetölpelt (Sexualsymbolstupor in Tafel VI), die Mutter-Imago ist entlibidinisiert und wird stark idealisiert (Tafel VII). Die allgemeinen Triebpotentiale sind reduziert und bewegen sich vorrangig auf der symbiotisch-frühoralen Entwicklungsstufe, was in Verschmelzungsphantasien und in einem Harmoniestreben zum Ausdruck kommt (Tafel VIII). Die mangelhafte künstlerische Begabung (Affektiver Stupor und verlängerter bzw. verarbeiteter Farbenschock in Tafel IX) kontrastiert mit einem betonten Ästhetizismus (Tafel X), der vermutlich im Dienst der Abwehr einer „erdnah“-sinnlichen Lebenseinstellung steht und wohl narzißtischen Ursprungs ist.

Das Selbstwertgefühl der Ehefrau ist labil (Spiegelung in Tafel I), sexuell-aggressive und inzestuöse Phantasien drängen sich ihr auf (Tafel II). Extradidaktische Kontaktwünsche deuten sich an (Tafel III), ein versteckter Penisneid und die reaktive Kastrationshaltung werden offenbar (Tafel IV). Die Einstellung zur Realität ist pessimistisch (Fehlen der V-Deutung in Tafel V), die genitale Sexualität löst starke Ängste aus (Sexualsymbolstupor in Tafel VI). Die Mutter-Imago ist sexuell ‚bereinigt‘ und wird konflikthaft erlebt (Weißchock in Tafel VII). Hingabeängste im heterosexuellen Bereich deuten sich an (Tafel VIII), liegt mit exhibitionistisch-hysteroiden Merkmalen (Tafel X).

Bei einer vorsichtigen diagnostischen Einschätzung des Persönlichkeitsprofils des Patienten aus psychoanalytisch-entwicklungspsychologischer Sicht würde man von einer frühen Störung der Persönlichkeitsorganisation auf der symbiotisch-frühoralen Entwicklungsstufe sprechen, das individuelle Persönlichkeitsprofil der Frau zeigt vorrangig hysteriform-exhibitionistische Züge mit einer phallisch-narzißtischen Akzentuierung, die auf eine Teilstörung im intentionalen Erfahrungsbereich hinweist.

Bei der Verhaltensanalyse der Paarinteraktionen im GRV stellt sich nach Aufschlüsselung der Interaktionsstruktur in verschiedene Verhaltensparameter folgendes Bild dar:

Der Mann zeigt mehr praktische Aktivität (Tafelhalten) und formale Führung (Entscheid), seine Frau gleicht dies durch forciertes qualitatives Engagement (acht Initialdeutungen und Vorschlagszahl im Vergleich zum IRV deutlich gestiegen) aus und versucht ihn dadurch zu übertreffen, was ihr aber letztlich nicht gelingt (Penetranz). Die affektive Beziehungsstruktur ist lebendig und zeigt gegenseitige Wertschätzung (Beurteilungen), was angesichts des Patts in der Rangordnungsdynamik verwundert und die Vermutung nahelegt, daß hier wechselseitig Selbstunsicherheiten gestützt werden sollen und die offene Auseinandersetzung gescheut wird, während sich hinter der Fassade des Wohlwollens ein Machtkampf abspielt. Das Problemlösungsverhalten des Paares nimmt darunter nicht sonderlich Schaden, die Qualität seiner Produktionen ist durchschnittlich und die Kooperation (Qualität des Entscheids) recht gut. Auch hier könnte man vermuten, daß die vorliegende Funktionstüchtigkeit des Paares der Außendarstellung dient (vgl. Ergebnisse im GT) und die eigentliche Konflikthaftigkeit der Beziehungsdynamik kaschieren soll. Auf der verhaltensmäßigen Interaktionsebene sind bei diesem Paar vor allem symmetrische Rollenmerkmale festzustellen.

Die erlebensanalytische Einschätzung der Paarinteraktionen ergibt folgendes Bild: Der Erlebnistyp des Mannes zeigt im IRV/GRV-Vergleich eine deutliche Zunahme der extratensiven Komponenten ($B : Fb = 2 : 9^{1/2}$) und ist nun extratensiv - stark dilatiert, während sich der Erlebnistyp seiner Frau substantiell nicht ändert ($B : Fb = 3 : 10$), weil bei ihr introversive und extratensive Momente gleichzeitig zunehmen. Seine Affektlage erfährt aber eine interne Neuordnung (Zunahme der FFB-Komponenten; keine reinen B-Antworten, dafür 2 BFb(+)-Antworten), was als Gegenregulans gegen den drohenden Affektdurchbruch zu deuten ist (Linkstendenz des Mitteltypus). Sein Einfühlungsvermögen nimmt ab ($0 B : 8 Ffb$), ihre Einfühlungsbereitschaft nimmt deutlich zu ($3 B+ : 2 Ffb$). Zwar steigt seine Antwortzahl deutlich (von 18 auf 25), aber er kann mit ihr nicht mithalten (von 18 auf 34). Erfassungstyp und Sukzession sind bei ihm unverändert, dagegen zeigt sie mehr Qualitätsehrgeiz

(Erft. G - D). Die Strukturfestigkeit ihres Denkens nimmt zugunsten der kognitiven Originalität ab (von 28 auf 20 % V, von 5,5 auf 29 % Orig._±), er steigert seine Originalität auf „Künstlerniveau“ (von 28 auf 32 % Orig._±) bei sonst gleich bleibenden Antwortprozenten.

Bei der Interpretation der Deutungsinhalte entlang der zehn Tafeln im GRV zeigen sich folgende psychodynamisch interessante Gesichtspunkte, die Rückschlüsse auf die unbewußte Interaktionsdynamik des Paares erlauben: Das labile Selbstwertgefühl seiner Frau provoziert bei dem Patienten reaktive Größenphantasien („Fabeltier“ als Neuantwort), die sie verstärkt. Er seinerseits nimmt von ihren „Nöten“ keine Notiz und setzt sich mit seinem (IRV-)Vorschlag durch (Tafel I). Ihre sexuell-aggressiven Phantasien und Kastrationsbestrebungen versucht er zu entschärfen. Das gemeinsame Produkt bei diesem Ringen ist die Einigung auf den Kompromiß, den Kampf fortzusetzen (Tafel II). Bei beiden Partnern deuten sich Störungen in der Geschlechterrollenidentifikation an. Während bei ihr ödipale Momente reaktualisiert werden und sie ihn damit zu konfrontieren sucht, entzieht er sich als gegengeschlechtliche Projektionswand und beharrt auf seinem „neutralen“ Vorschlag, dem sie sich schließlich nolens volens beugt (Tafel III). Ihre Bemühung, ihn in ihren aggressiv gefärbten ungelösten Vaterkonflikt einzubeziehen, bleibt erfolglos. Für ihn ist dies ohne Reiz, und er läßt sie mit ihrer konflikthaft erlebten Vater-Imago allein (Tafel IV). Nachdem sie bisher mit ihren Vorschlägen meist hat zurückstecken müssen (3:1 Penetranzpunkte zu seinen Gunsten), zeigt sie sich jetzt unnachgiebig, was prompt zum Versager bei dieser Tafel führt. Wie im IRV fehlt bei beiden Partnern die V.-Deutung, was gemäß Theoriekonstrukt dieser Tafel für eine ängstlich-depressive Einstellung zum Leben spricht. Während er sein Heil in der Regression und im narzißtischen Rückzug sucht, will sie sich erhöhen und ihre Größenphantasien ausagieren. Beide leben so gesehen „außer sich“ und können sich deshalb auch nicht auf einen gemeinsamen, narzißtisch befriedigenden Nenner in ihrer partnerschaftlichen Realität einigen (Tafel V). Bei der nächsten Tafel zeigen beide wie im IRV zunächst einen Sexuelsymbolstupor. In ihr werden sodann Assoziationen zu ihrer ambivalenten Vaterbeziehung wach, die sich darauf in einer Überbewertung der Vagina als Reaktionsbildung auf Kastrationsvorstellungen konkretisieren. Er skotomisiert und wehrt seine angstbesetzten phallisch-genitalen Phantasien ab. Letztlich schwenkt sie auf eine gemeinsame Abwehrhaltung ein, um dadurch zumindest die formale Funktionstüchtigkeit der partnerschaftlichen Kooperation zu gewährleisten (Versager bei Produkt und schlechter Entscheid bei Tafel VI). Während er (wie im IRV) an seinem idealisierten und der sinnlichen Komponente beraubten Mutter-Bild

festhält, konkretisiert sich jetzt ihre ambivalente Mutterbeziehung und spaltet sich in ein gutes, verwöhnendes Objekt und in ein bedrohliches, kastrierendes Objekt auf. Seine dadurch mobilisierten Kastrationsängste reizen sie zum hysterischen Agieren, und schließlich gibt er unter Identifikation mit seinen passiv-femininen „Bindungsstellen“ im wahrsten Sinne des Wortes klein bei (Tafel VII). Diese Tendenz setzt sich bei der nächsten Tafel fort. Er entzieht sich ihrer ödipalen Konfliktthematik, indem er nur vordergründig auf ihren Vorschlag eingeht und in Wirklichkeit seinen symbiotischen und oral-passiven Phantasien frönt. Dieser Vorgang kommt in der Parakommunikation der beiden zum Ausdruck und schlägt sich im ‚schlechten Produkt‘ bei dieser Tafel nieder (Tafel VIII). Nicht anders bei Tafel IX. Sie findet jetzt Gefallen am hysterischen Dramatisieren und am koketten Spiel mit Trennungsimpulsen, die ihn - nach Überwindung seines Farbenschocks und dem damit verbundenen affektiven Stupor - zu Sublimationsanstrengungen (2 Neuantworten) anspornen, um derart seine mobilisierten Trennungsängste abzuwehren und gleichzeitig ihrem hysterischen „Drive“ durch Formgebung den Wind aus den Segeln zu nehmen. Bei Tafel X setzt sie schließlich seinem Harmoniestreben und betonten Ästhetizismus die blanke Genitalität entgegen und versucht ihn so aus seiner Reserve zu locken. Wie gehabt verweigert er den ödipalen Schulteranschluß mit ihr und animiert sie dazu, an seiner Abwehrhaltung teilzuhaben, was sie dann schlußendlich auch macht.

1.5. Resümee

Faßt man nun die einzelnen Untersuchungsergebnisse des ersten Paares zusammen, so bekommt man den Eindruck, daß sich hinter einer Fassade glänzender Außendarstellung ein ehelicher Machtkampf im Inneren des Beziehungsgefüges abspielt. Dabei handelt es sich um eine symmetrische Kollusion, in der die Partner einander mit gleichartigem Verhalten zu überbieten suchen. Beide streben unter konsequenter Verleugnung ihrer Abhängigkeits- und Geborgenheitswünsche die autonome Machtposition an. Eigene Ohnmachtsgefühle und die Angst vor der Regression auf die orale Organisationsstufe werden abgewehrt. Bei beiden zeigen sich massive Elternabhängigkeiten, die in der Paarbeziehung reaktualisiert werden und um deren Bewältigung - im partnerschaftlichen Selbstheilungsversuch - sich die Auseinandersetzung dreht. Jeder möchte den anderen in gesicherter Abhängigkeit wissen und zugleich von ihm weitgehend unabhängig sein. Beide brauchen einander zur reziproken Profilierung ihrer Abwehrfunktionen und versuchen auf diesem Weg an

(Unabhängigkeits-)Konturen zu gewinnen. Die psychodynamischen und psychostrukturellen Voraussetzungen der Partner sind jedoch unterschiedlich und zeigen verschiedenartige Störungsschwerpunkte, die Einfluß auf den Inhalt der „Streitmittel“ und auf das Gepräge der Rollenausübung nehmen: Während der Patient seine intrapsychische Strukturschwäche und die daraus resultierenden symbiotisch-narzißtischen bzw. oral-passiven Bedürfnisse durch anale Dominanzgebaren zu überkompensieren sucht und mithin ein Stück (Pseudo-)Unabhängigkeit demonstriert, tendiert seine Frau dazu, aufgrund ihres unbewältigten Ödipuskomplexes ihn mit hysterischem Agieren auf Distanz zu halten. Dies dient der Abwehr der Regression auf prägenital-fixierte oral-passive Bedürfnisse, und zugleich kann sie ihn durch maskierte Kastrationsdrohungen ihre (larvierten) Dominanz- und Autonomieansprüche spüren lassen. Daß diese anal-ödipal akzentuierte Kollusion mit symmetrischer Rollenverteilung für den Patienten belastend ist und möglicherweise als pathogenetischer Faktor - zumindest was die Aufrechterhaltung seiner Psychosomatose anbelangt - in Rechnung zu stellen ist, wird besonders deutlich am Gestaltwandel seiner „Interaktionspersönlichkeit“ im GRV: In der problemorientierten Interaktion mit seiner Frau werden tiefliegende Affekte mobilisiert und führen zur Destabilisierung seines Erlebnistyps mit deutlicher Zunahme der extratensiven Komponenten und gleichzeitiger Abnahme des partnerbezogenen Einfühlungsvermögens. Beides sind Vorgänge, die sich seiner bewußten Kontrolle entziehen und angesichts seiner labilen Selbstkohäsion, der mangelhaften Entwicklung der Ich-Organisation und der dadurch bedingten Beeinträchtigung seiner psychischen Verarbeitungskapazität in der letzten Konsequenz zu einer psycho-somatischen Kettenreaktion führen können.

2. Paar II

2.1. Interview

Persönliche Daten:

Morbus-Crohn-Patient, Jahrgang 1949, ledig, keine Kinder, von Beruf Fahrer, jetzt krankheitsbedingt Frührentner.

- Interviewsituation:

Zum Gespräch erscheint ein altersgemäß aussehender Patient in reduziertem Allgemeinzustand. Der Patient wirkt im interpersonalen Kontakt kooperativ und aufgeschlossen und gibt in betont bayerischer Mundart bereitwillig Auskunft, hält sich aber bei bestimmten „neuralgischen“ Themen (z.B. „Beziehungen zu Frauen“ oder „Sexualität“) bedeckt und wünscht dann auch einen Themawechsel. Mit lässiger Geste und schnoddrig-ironischen Formulierungen in manchen Gesprächsaussagen versucht er den Habitus selbstsicherer Männlichkeit zu vermitteln. Der psychopathologische Status ist ansonsten unauffällig.

- Aktuelle Symptomatik:

Wie der Patient berichtet, habe er „vor zwei Wochen ein Rezidiv vom Crohn“ gehabt. Er habe zunächst leichte Beschwerden im Unterbauch gehabt, bei denen er sich „als alter Crohn-Patient“ nichts weiter gedacht habe. Als die Schmerzen aber immer stärker geworden seien, sei er in das Klinikum („auf meine bekannte Station“) gefahren. Hier erhielt er zur Ruhigstellung des Darms Astronautenkost, und vor zwei Tagen wurde ihm operativ eine Analfistel gespalten, die der Grund seiner akuten Beschwerden war.

- Pathographie:

Im Jahr 1973 wurde bei dem damals 24jährigen Patienten die Diagnose „Morbus Crohn“ gestellt. Zunächst habe er unter Übelkeit, Durchfällen und Schwindel gelitten. Er wurde dann krank geschrieben und kam im Sommer 73 erstmals in stationäre Behandlung in das Großklinikum, wo er während seines sechswöchigen Aufenthaltes

mit Azulfidine behandelt wurde. Kurz vor Auftreten der ersten Beschwerden habe es Auseinandersetzungen zwischen ihm und seiner Mutter wegen seiner damaligen Freundin gegeben, und nachdem damals einer seiner Freunde bei einem Motorradunfall tödlich verunglückt war, sei er von daheim ausgezogen und in dessen frei gewordene Wohnung zusammen mit seiner Freundin eingezogen.

Nach einem zweijährigen symptomfreien Intervall habe er im Frühjahr 1975 wieder vermehrt Durchfälle bekommen. In diesem Zeitraum trennte er sich von seiner ersten Freundin, und kurz darauf liierte er sich mit seiner jetzigen Freundin. Im Dezember 1975 wurde ihm wegen seines häufigen krankheitsbedingten Fernbleibens von der Arbeit gekündigt. Danach sei er wieder bis Mitte 1976 erkrankt. Im Laufe des Jahres 1978 mußte er sich wegen einer Analfistelbildung insgesamt viermal operieren lassen. Anfang 1979 habe er dann noch massive Darmblutungen bekommen, und nachdem er im März 1979 erneut in die Klinik zur stationären Behandlung eingewiesen worden war, erklärte man ihm im April 1979 zum Rentner (als Schwerbehinderter mit einer MdE von 80 %).

- Biographie:

Nach der komplikationslosen Geburt sei er - ebenso wie sein um ein Jahr älterer Bruder - nur zwei Wochen lang gestillt worden, weil seine Mutter „wieder eine Entzündung an der Brust bekommen hat.“ Seine Sauberkeitserziehung war streng, denn „meine Mütter hat da schon immer drauf geachtet“. Seine Eltern waren bereits getrennt, als er sechs Jahre alt war. Sein Vater, von Beruf Maurer, sei Alkoholiker gewesen und habe in alkoholisiertem Zustand seine Mutter öfters geschlagen („Der Vater hat der Mutter öfters eine ‚Ausbildung‘ gegeben, und das hat die nicht gemocht“). Diese Szenen seien für ihn unerträglich gewesen. An sich sei der Vater schon nett gewesen, habe mit seinem Bruder und ihm einiges unternommen, aber „sobald er etwas gesoffen hatte, hat er durchgedreht“. Seine Mutter war damals Hausfrau und mußte nach der Trennung und dem Umzug zur Großmutter wieder arbeiten gehen. Die Beziehung zu seinem Bruder sei nicht so gut gewesen, weil der im Gegensatz zu ihm ein Strebertyp gewesen sei, während „ich meistens der schlechteste war“. Er habe sich mehr für Motorräder als für die Schule interessiert. Nach der Volksschule habe er mit mehreren Lehren begonnen und dann wieder aufgehört, weil „die mir nicht gefielen“. Im Jahr 1968 starb sein Vater nach vierjährigem Aufenthalt in einem Lungenanatorium an Lungen-Tbc.

Im Jahr 69 schloß er seine Lehre als Verpackungsmechaniker mit Erfolg ab. Er wollte aber in diesem Beruf nicht weiterarbeiten, weil „in der Firma, wo ich auslernte, war man ein Würstchen unter anderen Würstchen, und der Lehrlings-ausbilder war auch nicht gerade mein Fall“. Seitdem arbeitete er in verschiedenen Jobs als Ausfahrer, denn „Autofahren hat mir schon immer Spaß gemacht und war doppelt so gut bezahlt wie der Verpackungsmechaniker“.

Ab 1969 wohnte er zusammen mit seinem Bruder und der Mutter in einer eigenen Wohnung, aus der er 1973 als Vierundzwanzigjähriger auszog. Die Beziehung zu seiner Mutter sei sehr gut gewesen, solange er keine Freundinnen hatte: „Sie hat gemeint, ihrem Sohnmann wird da gleich etwas angetan oder so in der Richtung. Das ist jetzt bei meinem Bruder genauso.“ Trotzdem konnte er immer zu seiner Mutter gehen, wenn er etwas auf dem Herzen hatte. Im Gegensatz dazu hatte er zu seinem Vater kein solches Vertrauensverhältnis.

Beziehungen mit Frauen habe er ab dem fünfzehnten Lebensjahr gehabt: „Seit der Mopedzeit. Ist ja klar. [...] Die Girls sprachen auf die Mopeds immer gut an, das ist ja ganz klar, und jede von der Clique im Freizeitheim wollte einmal mitfahren. [...] Da hat es eigentlich nie irgendwelche Schwierigkeiten gegeben.“ Die sexuelle Entwicklung sei bei ihm völlig normal verlaufen. Seine bisherigen Freundinnen habe er sich immer danach ausgesucht, ob „die irgendwie nett waren, in Ordnung waren und ungefähr dieselben Ansichten gehabt haben wie ich“. Die erste Freundin habe „ein bißchen andere Ansichten gehabt“, habe ab und zu Haschisch geraucht und sei auch allein in Kneipen gegangen: „Da haben wir dann lieber aufgehört, das ist ganz klar.“ Seine zweite Freundin, mit der er in einer gemeinsamen Wohnung lebte, trennte sich Ende 1974 von ihm, nachdem es wegen ihrer Mutter zu ständigen Parkkonflikten gekommen war: „Ab und zu habe ich die dann auch geschlagen, und das hat der dann irgendwie nicht gefallen.“ Mit seiner jetzigen, dritten Freundin lebe er nun schon seit Anfang 1975 in einem eheähnlichen Verhältnis zusammen und verstehe sich mit ihr recht gut.

- Psychodynamische Aspekte:

Zunächst ist an der sprachlichen Darstellungsform des Patienten die alexithyme Distanz auffällig, mit der er streckenweise seine Krankheit zu beschreiben pflegt: Er als ‚alter Crohn-Patient‘ denke sich bei leichten Beschwerden im Unterbauch längst nichts mehr. Oder: „Der Morbus Crohn bei mir ist seit 1973 bekannt. [...] Ich war damals der zweite Morbus-Crohn-Fall und für die Klinik deshalb recht interessant.“

Aus der inhaltlichen Darlegung geht deutlich hervor, daß im Rahmen seiner frühkindlichen Entwicklung die Mutter als primäre Bezugsperson das gute, von ihm idealisierte Objekt darstellte, während der Vater sowohl aufgrund seines Desinteresses an Erziehungsaufgaben als Entwicklungs-Schrittmacher weitgehend ausgefallen ist als auch aufgrund seiner alkoholbedingten Aggressionsdurchbrüche (besonders der Mutter gegenüber) als bedrohlich-böses Objekt erlebt wurde. Gleichwohl sind die Objektrepräsentanten der Eltern nicht homogen dichotomisiert (nach dem Motto: Die Mutter ist das gute Objekt, der Vater ist das böse Objekt), sondern beinhalten zum Teil heterogene Besetzungsmerkmale, die sich auf der subjektiven Erlebnisebene des Patienten als Ambivalenzerfahrungen widerspiegeln und zu Ambivalenzzuständen gegenüber den elterlichen Bezugspersonen führen. So besitzt die Vater-Imago auch liebenswerte Anteile („Mein Vater war an sich schon nett. Er ist mit uns ab und zu ausgegangen, hat mit uns am Wochenende ab und zu Ausflüge gemacht, aber sobald er etwas gesoffen hatte ...“) und bietet Identifikationsmöglichkeiten zum Lernen am Modell in bezug auf aggressiv-sadistischen Umgang mit dem anderen Geschlecht („Der Vater hat der Mutter öfters eine ‚Ausbildung‘ gegeben, und das hat die nicht gemocht“). Auf der anderen Seite hat die Mutter-Imago auch anal-aggressive und possessiv-überbehütende Aspekte, die den Patienten zu überkompensierenden Autonomiebestrebungen veranlaßten („Meine Mutter hat natürlich - wie immer bei einer festen Freundin von mir - am Anfang recht herumgesponnen. [...] Das war dann auch der Hauptgrund, warum ich von zu Hause ausgezogen bin. Das war damals die erste festere Beziehung. Ich habe bis dahin daheim gewohnt, aber als meine Mutter immer mehr herumgesponnen hat, habe ich mir gesagt, daß ich das nicht nötig habe. Außerdem wollte ich meinen Frieden haben ...“), indem er sich selbst aus einer oral-passiven und symbiotisch-narzisstisch gefärbten Mutter/Sohn-Beziehung in eine unverträgliche Pseudo-Unabhängigkeit katapultierte. Geraume Zeit danach zeigten sich die ersten Prodromalerscheinungen seiner jetzigen Krankheit.

Aus psychoanalytisch-entwicklungspsychologischer Sicht ist auch von großer Bedeutung, daß die Mutter des Patienten schon 14 Tage nach seiner Geburt wegen einer Mastitis puerperalis - ebenso wie ein Jahr zuvor nach der Geburt seines Bruders - abstillen mußte. Dies könnte ein Anhaltspunkt für eine organsprachlich zum Ausdruck kommende unbewußte Abwehr der Mutter den Kindern gegenüber sein und wäre als Hinweis für eine (narzisstische) Frühstörung der Mutter zu interpretieren.

In Reaktionsbildung auf die unbewußte Ablehnung der Kinder hin führte (auch) diese Mutter ein strenges anales Regiment und störte wahrscheinlich dadurch entscheidende Entwicklungsschritte in der Lösungs- und Individuationsphase der Kinder, womit sie den pathogenetischen Keim für die späteren massiven Abhängigkeitskonflikte ihrer Söhne setzte. Eine weitere Bruchstelle in der frühkindlichen Epigenese des Patienten stellt die aufgrund der Trennung der Eltern ausgefallene Ödipale Triangulierung dar, weil dadurch die symbiotisch-narzißtische Mutter/Sohn-Dyade einmal mehr fortgeschrieben wurde und entwicklungsnotwendige Prozesse der Identifikation mit der Vaterfigur sowie die Verdrängung von Inzestimpulsen gegenüber der Mutter unterblieben sind.

2.2. PSKB

Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse von Herrn G. im >Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befund< ergab bei der diagnostischen Einstufung der PSKB-Kriterien gemäß ihrem Verteilungsmuster und ihrer Gewichtung ein neurotisches Persönlichkeitsprofil mit depressiven und phallisch-narzißtischen Strukturakzenten (siehe PSKB-Tabelle im Dokumentations-Teil).

2.3. GT

Die globale Einschätzung der Fremd- und Selbstbilder des zweiten Paares weist im Vergleich zu den schon erwähnten Referenzprofilen^{*} deutliche Abweichungen auf den Skalen 1 (besonders *wm* und *mw*), 4, 5 (mit Ausnahme des Partner-Selbstbildes) und 6 auf. Bei Skala 1 sind die Selbst- und Fremdbeurteilungen der Partner symmetrisch polarisiert. Jeder der Partner meint von sich selbst, nur in durchschnittlichem Maß durchsetzungsfähig und sozial beliebt zu sein, traut aber gleichzeitig dem Partner diesbezüglich weit mehr zu. Jeder hält den anderen für beliebter, attraktiver und sozial durchsetzungsfähiger. Sie projizieren also wechselseitig die gleichen positiven Selbst-Aspekte. Skala 4 zeigt ein in seiner Grundstimmung ausgeglichenes Paar, wobei der Patient sich selbst und seine Partnerin eher noch in Richtung hypomaner Pol angesiedelt sehen möchte. Skala 5 weist einen deutlichen Trend zum Autonomie- und Vertrauenspol auf. Interessanterweise

^{*} siehe unter Punkt B. II, 1.3. dieser Arbeit

akzentuiert hier jeder Partner beim anderen erwünschte Merkmale, so daß das jeweilige Fremdbild im Vergleich zum Selbstbild positiver ausfällt. In dem Zusammenhang könnte man in Anlehnung an das Wynnesche Prinzip des „Trading of Dissociations“ (und dessen Umkehrung)^{*} von einem unbewußten projektiven Austausch der „positiven Identitäten“ sprechen. Jeder von beiden sieht den Partner als erlebnisfähiger und aufgeschlossener an, als dieser sich selbst einschätzt. Skala 6 zeigt ein im heterosexuellen Kontakt unbefangenes und hingabefähiges Paar, das sich vor allem in den gegenseitigen Fremdbeurteilungen diese soziale Potenz attestiert.

In summa stellt sich dieses Paar im Kontrast zu den Vergleichspopulationen als sozial beliebt (Skala 1), stabil in Stimmung und Selbstwertgefühl (Skala 4, im psychosozialen Bereich offen und selbständig (Skala 5) und im Umgang mit dem anderen Geschlecht angstfrei und durchsetzungsfähig (Skala 6) dar. Dabei fallen auf: die wechselseitige Projektion derselben positiven Selbst-Aspekte (wie sie deutlich auf Skala 1 und zum Teil auf Skala 6 zum Ausdruck kommt) und der projektive Austausch positiver Identitäten bei Skala 5. In Abweichung zu den genannten Skalen zeigt sich die Beziehungsstruktur dieses Paares auf Skala 2 und Skala 3 in einer anderen Rollenverteilung: Bei Skala 2 einigen sich die Partner in komplementärer Rollenverteilung darauf, daß der Mann sehr dominant und die Frau fügsam sei, wobei sich der Mann selbst im mittleren Bereich dieser Skala lokalisiert. Skala 3 weist ein eher heterogenes Bild auf. Der Mann hält sich und vor allem seine Frau für zwanghaft und überkontrolliert, während seine Partnerin ihn und sich selbst im Normbereich ansiedelt. Auffällig ist dabei die Spanne der Fremdbild-Scores (von circa $1 \frac{1}{2} \sigma$), die möglicherweise als Indikator für die unbewußte Konflikthaftigkeit dieser Beziehungsdimension des Paares zu werten ist. Da das Theoriekonstrukt dieser Skala das weite Spannungsfeld unterschiedlicher Intensitäten der Triebregulation zwischen den Polen ‚triebhafter Charakter‘ und ‚Zwangsstruktur‘ im intrapsychischen Individualbereich beschreibt, kommt in der Selbst- und Fremdbeurteilung des Mannes (in Richtung zunehmender Zwanghaftigkeit) der Wunsch nach mehr Triebkontrolle und nach mehr Rollenstereotypisierung innerhalb der Paarbeziehung zum Ausdruck, während die Partnerin mit ihren Urteilen das Paar eher in einem konfliktfreien Bereich ortet.

* Richter spricht in diesem Zusammenhang von einem projektiven Austausch der „negativen Identitäten“ (vgl. Beckmann und Richter 1972).

In der Zusammenfassung ergibt sich bei der differenzierten Analyse der Selbst- und Fremdbilder dieses Paares entlang der sechs Skalen das folgende Bild: Die Partner projizieren wechselseitig positive Selbst-Aspekte bzw. tauschen projektiv positive Identitäten auf den Skalen 1, 5 und 6 aus, will heißen, jeder sieht im anderen seinen „Erfüllungsgehilfen“ eines gesellschaftlich gratifizierten Rollenstereotyps vom sozial geachteten, autonomen und selbstsicheren Individuum, dessen Selbstwertgefühl und Grundstimmung - wie könnte es bei solchen Attributen auch anders sein - ausgeglichen und stabil sind (Skala 4). Hinter dieser angestregten Normalitätsfassade dominiert der scheinbar starke Mann seine gefügige Frau (Skala 2), indem er über die bemühte Abwehr von Ängsten vor Triebdurchbrüchen des Es hinaus seine Partnerin in anal-retentiver Erstarrung zu fixieren versucht (Skala 3).

2.4. IRV/GRV

Im IRV ist der Erlebnistyp des Patienten extratensiv-koartativ ($B : Fb = 1 : 2$), das bedeutet ein leichtes Übergewicht der extratensiven Momente bei insgesamt wenig schwingungsfähiger Affektivität. Die Einfühlungsfähigkeit ist schwach ausgebildet ($1 B : 0 Fb$), die Intelligenz durchschnittlich, aber ohne jede Ambition (8 Antworten, $6 G$), mit einer gewissen Anlage zum abstrakt-theoretischen Denken ($6 G$, $2 D$) und ohne pedantische Züge (weder Dd noch Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen sind optimal ($100\% F+$), was für hervorragende Beobachtungsschärfe oder/und exzellente Konzentrationsfähigkeit spricht. Starke Neigung zu stereotypisierenden Assoziationseinstellungen ($62,5\% XT$), die in diesem Fall ein Hinweis auf intellektuelle Bequemlichkeit sind und direkte Übergänge vom konformistischen zum banalen Denken aufweisen ($75\% V$). Die Plastizität und Originalität des Denkens liegt im unteren Normbereich ($12,5\% Orig.-$) und zeigt wenig Einfallsreichtum.

Der Erlebnistyp der Frau im IRV ist introversiv-koartativ ($B : Fb = 3 : 1/2$), das bedeutet mehr introversive als extratensive Momente. Die Affektivität ist gut stabilisiert und frei von Launenhaftigkeit oder Impulsivität, wofür die introversiven Momente sorgen ($3 B$); ihnen gesellt sich durch die Zusammensetzung der extratensiven Seite ($1 FFB$, $0 FbF$ und $0 Fb$) ein affektives Anpassungsmoment hinzu. Das Einfühlungsvermögen ist durch die Einengung der affektiven Schwingungsbreite etwas beeinträchtigt ($3 B : 1 FFB$), die geistige Kapazität durchschnittlich (13 Antworten, $7 G$) und auf das Konkret-Praktische bezogen ($7 G$, $6 D$), ohne sich dabei

ins Pedantische zu verlieren (weder Dd noch Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen sind durchschnittlich (67 % F+), so daß man von einer normalen Beobachtungsschärfe oder/und Konzentrationsfähigkeit sprechen kann. Das Denken zeigt ausgeprägte Stereotypisierungstendenzen (69 % T) und weist einen deutlichen Hang zum Banalen auf (54 % V), wofür auch die schwach ausgebildete Originalität spricht (8 % Orig.+).

Die Interpretation der Deutungsinhalte der Partner im IRV (entlang den 10 Tafeln) ergibt aus psychodynamischer Sicht die nachfolgenden skizzenartigen Persönlichkeitsporträts: Der Patient wehrt inzestuöse und aggressive Triebimpulse ab (Rotschock und Versager bei Tafel II) und weist Störungen in der Geschlechterrollenidentifikation auf, die er durch eine aggressive Abwehrhaltung zu überkompensieren sucht (Rotschock bei Tafel III). Die Vater-Imago wird konflikthaft und in ihrer Undifferenziertheit bedrohlich erlebt (Dunkelschock und Versager bei Tafel IV), die Anpassung an die Realität schafft keine Probleme (Tafel V), die genitalen Triebansprüche sind stark angstbesetzt und besitzen ein aggressiv-kastratives Gepräge (Dunkelschock bei Tafel VI). Die Mutter-Imago ist ihrer sinnlichen Komponente entledigt und wird mit zwei „Gesichtern“ ausgestattet, ambivalent erlebt (Tafel VII); triebhafte Regungen lösen Ängste aus und reaktualisieren im heterosexuellen Bereich ödipales Konflikmaterial (Farbenschock bei Tafel VIII). Ungenügende künstlerische Begabung und die damit verbundene reaktive Abwehrhaltung blockieren eine aktiv-kreative Auseinandersetzung mit der Realität (Farbenschock und Versager bei Tafel IX). Der eigene Lebensraum bietet wenig Erfreuliches und wird als problematisch und beschwerlich empfunden, was aber keine Veränderungsimpulse auf den Plan ruft, sondern zu Passivität und ironischer Distanziertheit führt (Farbenschock bei Tafel X). Auch die Partnerin muß sexuell-inzestuös gefärbte Phantasien und aggressive Triebansprüche massiv abwehren (Rotschock und Versager bei Tafel II), zeigt eine unklare Geschlechterrollenidentifikation und sehnt sich nach mehr oral-passiver Verwöhnung im zwischenmenschlichen Kontakt (Tafel III). Das Vater-Bild trägt Wesenszüge machtvoller Autorität und zugleich auch abweisender Kälte (Dunkelschock bei Tafel IV), die Einstellung zur Realität ist angepaßt (Tafel V). Bedrängende Impulse des phallisch-genitalen Organisationsniveaus werden mit Mühe abgewehrt (Versager bei Tafel VI), gleichfalls werden Erinnerungen an die frühe Mutter/Kind-Beziehung konflikthaft erlebt und ebenso stark abgewehrt (Versager bei Tafel VII). Der ödipale Konfliktbereich ist nach wie vor virulent (Farbenschock bei Tafel VIII) und Quelle hysteriform-exhibitionistischer

Verarbeitungsversuche (Tafel IX). Der persönliche Lebensraum ist zwar angstbesetzt und problematisch, wird aber trotzdem differenziert wahrgenommen und mit Freude am Detail ausgestaltet (Farbenschock bei Tafel X).

Bei der entwicklungsdiagnostischen Einstufung des Persönlichkeitsprofils des Patienten würde man - unter Berücksichtigung seiner individualspezifischen biographischen Entwicklungsgeschichte (siehe Interview) - von frühen Störungen der Persönlichkeitsorganisation auf der symbiotisch-frühoralen Entwicklungsstufe und während der Lösungs- und Individuationsphase sprechen, die zu einer mangelhaften Entwicklung der Ich-Organisation und zu der damit verbundenen Prädisposition zur psychosomatischen Regression geführt haben, welche durch eine anal-aggressiv getönte Abwehrhaltung überkompensiert werden soll. Das individuelle Persönlichkeitsprofil der Partnerin weist eine Teilstörung in der oralen Entwicklungsphase auf und wird hauptsächlich durch eine hysteriforme Abwehrorganisation geprägt.

Die Verhaltensanalyse der Paarinteraktionen im GRV ergab nach einer differenzierten Betrachtung der Interaktionsstruktur anhand verschiedener Verhaltensparameter das folgende Profil:

Der Mann überläßt auf der Ebene praktischen Handelns (Tafelhalten) seiner Partnerin weitgehend die Initiative, alle anderen Rangordnungsaspekte werden von ihm mehr oder minder eindeutig beherrscht. So steigert er auf Kosten ihrer Ideenproduktion (sinkende Vorschlagszahl) seine Beiträge fast auf das Doppelte (8 im IRV, 15 im GRV), hat ein Übergewicht an durchgesetzten Vorschlägen (Penetranz) und unterstreicht seinen Dominanzanspruch insbesondere auf der Ebene der formalen Führung (Entscheid). Die affektive Beziehungsstruktur des Paares (Beurteilungen) ist absolut gesehen unauffällig (jeder von beiden 18 Beurteilungen), bei näherer Betrachtung der Beurteilungsparameter wird aber auch hier die Rollenverteilung dieses Paares deutlich: Während die Frau ein eindeutiges Übergewicht an positiven Beurteilungen hat, äußert der Mann zu fünfzig Prozent ablehnende Beurteilungen. Er beansprucht infolgedessen nicht nur die Führungsposition innerhalb der Partnerschaft, sondern verbindet damit auch das Recht auf häufige Disqualifizierung der Vorschläge seiner Partnerin, was diese wiederum nicht daran hindert, ihn größtenteils zu verstärken. Daß diese soziometrische Struktur - trotz der äußeren Funktionsfähigkeit des Paares (Qualität des Entscheids), die sich vor allem seinem

Dominanzgebaren verdankt - schlußendlich der Qualität des Problemlösungsverhaltens schadet, wird an der Zahl und Güte der gemeinsamen Lösungen offenbar (Qualität des Produkts): Mit nur sechs Lösungen - und davon vier guten - liegt das Paar deutlich im unterdurchschnittlichen Bereich.

Auf der verhaltensmäßigen Interaktionsebene zeigt sich bei diesem Paar eine komplementäre Rollenverteilung, bei welcher der Mann die dominant-progressive Position und seine Partnerin die dazu in Ergänzung stehende subaltern-regressive Position innehat.

Folgende Aspekte sind bei der erlebensanalytischen Beurteilung der Paarinteraktionen von Bedeutung: Der Erlebnistyp des Mannes weist im IRV/GRV-Vergleich eine leichte Zunahme der introversiven Momente auf ($B:Fb = 2:2$) und ist nun in den ambigüen Bereich gerückt, der bereits koartative Erlebnistyp der Frau (im IRV) koartiert nun unter vollständigem Verlust seiner introversiven Anteile fast gegen Null ($B:Fb = 0:1/2$). Die affektive Modulationsbreite beider Partner nimmt ab, wobei sich die partnerbezogene Einfühlungsfähigkeit des Mannes durch den introversiven Zuwachs kaum verbessert ($2B:0FFb$) und die der Frau durch den Wegfall der introversiven Seite substantiell verschlechtert ($0B:1FFb$). Während seine Antwortzahl fast auf das Doppelte steigt (von 8 auf 15), zeigt die der Frau abnehmende Tendenz (von 13 auf 11). Erfassungstyp und Sukzession sind bei ihm unverändert, dagegen zeigt sie weniger Qualitätsehrgeiz (Erft. G-D). Beobachtungsschärfe, Originalität und vor allem die Strukturfestigkeit des Denkens (von 75 auf 53 % V) nehmen bei ihm unter gleichzeitiger Zunahme der Stereotypisierung des Gedankenablaufs (von 62,5 auf 67 % T) ab. Bei ihr dagegen nimmt die Plastizität des Denkens auf Kosten der intellektuellen Anpassung und der Beobachtungsschärfe deutlich zu (von 8 auf 18 % Orig. +/-), was zu einer damit in Wechselwirkung stehenden Reduktion der Stereotypisierungstendenzen (von 69 auf 54,5 % T) führt.

Bei der Interpretation der Deutungsinhalte (entlang den zehn Tafeln im GRV) kristallisiert sich folgendes psychodynamische Verlaufsprofil der unbewußten Interaktionsdynamik des Paares heraus:

Das Paar reagiert auf die neue Situation scheinbar gelassen und einigt sich schnell auf einen Vorschlag, den beide Partner auch im IRV bei der Tafel gemacht haben (Tafel I). Die durch die nächste Tafel mobilisierten frühen Kindheitsgefühle und sexuell-inzestuösen Phantasien rufen bei beiden Partnern starke Abwehrimpulse

auf den Plan (Rot- und Weißschock bei ihm, Rotschock bei ihr und schließlich gemeinsamer Versager bei Produkt). Er versucht sie in seine Abwehrbestrebungen einzugemeinden und hat damit zunächst auch Erfolg. Plötzlich durchbricht sie jedoch mittels einer Neuantwort den Abwehrriegel und weckt in ihm aggressiv-inzestuöse Kindheitsphantasien, die aber postwendend durch Über-Ich-Zensur verworfen werden. Letztlich gibt sie klein bei, nachdem er durch sein rigides Abwehrverhalten jede weitere Initiative unmöglich gemacht hat (Tafel II). Die ironisch spöttelnde Manier, mit der er seine aggressiv legierte Störung der Geschlechterrollenidentifikation zu maskieren sucht, findet bei ihr Anklang und führt zu einem schnellen (Abwehr-)Produkt des Paares (Tafel III). Während er sich weigert, sich mit seiner angstbesetzten Vater-Imago eingehender auseinanderzusetzen (Dunkelschock wie im IRV), werden in ihr Urszenenphantasien und damit in Verbindung stehende verdrängte Schaulust-Tendenzen wachgerufen (siehe Neuantwort). Dieser von ihm als Kontrapunkt empfohlene Vorschlag von ihr provoziert auf seiner Seite (unfreiwillig) phallische Assoziationen, mit denen er sie zu irritieren versucht. Schließlich entweicht er dem so entstandenen Spannungsfeld, indem er sich über ihren Kopf hinweg für einen „Produkt-Versager“ entscheidet (Tafel IV). Nachdem er im bisherigen Verlauf des Versuchs seine Dominanzansprüche voll zur Geltung hatte bringen können (3,5 : 0,5 Entscheidungspunkte und 1,5 : 0,5 Penetranz-Punkte zu seinen Gunsten), erlaubt er ihr nun – nach kurzem Widerstand – generös die Realisierung ihres Vorschlags. Beide weisen eine konventionell-konformistische Lebenseinstellung auf, wobei sie mit einer gewissen Schenik ihre konkretistische Realitätsperspektive gegen seine Realitätsangepasstheit durchzusetzen vermag (Tafel V). Seine diffusen aggressiv-kastrativen Sexualphantasien nehmen in der Interaktion mit der Partnerin konkrete phallische Züge an, wenngleich ihm dieser „Vorstoß“ im nächsten Augenblick schon wieder unheimlich wird („... nur bis auf den Kopf da, aber ...“). Seine scheinbare maskuline Selbstsicherheit drängt sie noch mehr ins Abseits sexueller Gehemmtheit, so daß sie am Schluß froh darüber ist, die Tafel ablegen zu können (Tafel VI). Wie schon im IRV wird auch hier die ambivalent erlebte Mutter-Imago des Patienten offenbar, wobei der Grad der geschlechtlichen Entdifferenzierung (im IRV war noch vom Porträt zweier Frauen die Rede, jetzt sind es „zwei Menschen im Porträt“) zugenommen hat. Hatte seine Partnerin im Einzelversuch bei dieser Tafel noch einen Versager aufgrund ihrer mutmaßlich gestörten Mutterbeziehung, so kann sie jetzt einen gewissen Grad an Ambivalenzgefühlen hinsichtlich ihrer Mutter-Imago zulassen, zumal die entlibidinisierte Mutter-Bild-Vorlage ihres Partners („... wenn man sich das Untere wegdenkt“) ausreichend „keimfrei“ und somit für

unterschwellige Idealisierungstendenzen einladend genug ist (Tafel VII). Die ungelösten Ödipus-Konflikte beider Partner stellen den Hintergrund dar, vor dem die Auseinandersetzung des Paares bei der nächsten Tafel stattfindet. Er versucht durch ödipale Angstprojektionen seine Partnerin in die Enge zu treiben, sie wehrt sich jedoch nach kurzen Anlaufschwierigkeiten mit einer hysteriformen Abwehrhaltung dagegen und bleibt bis zuletzt standhaft (Tafel VIII). Wie schon des Öfteren zuvor versucht er sie wieder einmal autoritär auf seine Abwehrseite zu ziehen. Aus seiner Unfähigkeit, sich mit seiner Umwelt aktiv-kreativ auseinanderzusetzen (siehe Farbenschock), entspringt sekundär die Herrschaftsattitüde, der sich seine Partnerin durch narziistisch gefärbte Eigenwilligkeit zu entziehen trachtet. Ihre Autonomieversuche scheitern aber an seinem rigiden Dominanzgebaren, mit dem er jede weitere Diskussion kategorisch ablehnt (Produkt-Versager und schlechter Entscheid bei Tafel IX). Zum Schluß wird nochmals deutlich, wie unbehaglich er sich in seinem Lebensraum fühlt und welche Auswirkungen seine Unzufriedenheit und sein labiles Selbstwertgefühl auf die partnerschaftliche Kommunikation haben. Seine Partnerin hatte gerade damit begonnen, detaillierte Angaben über ihre Lebensraum-Perspektive zu machen, da würgt er sie in schroffer Manier ab und zwingt sie zum Ablegen der Tafel (Produkt-Versager und schlechter Entscheid bei Tafel X).

2.5. Resümee

Aus der Zusammenfassung der einzelnen Untersuchungsergebnisse des zweiten Paares lassen sich folgende Rückschlüsse auf die Beziehungsstruktur der Akteure ziehen: Das äußerliche Anpassungsverhalten und die forcierte Normalitätsfassade des Paares basieren auf einem internen Interaktionsmuster, das sich am besten mit dem Willischen Terminus der 'Herrscher-Untertanen-Kollusion' beschreiben läßt. Die Partner haben sich dabei auf eine komplementäre Rollenverteilung innerhalb ihres Beziehungsgefüges geeinigt, bei welcher der Inhaber der progressiven Position die absolute Herrschaft und Autonomie anstrebt, während der Partner in der regressiven Position passive Abhängigkeit und Gefügigkeit unter Beweis zu stellen hat. Beiden Positionen liegt ein gemeinsamer unbewußter Konflikt zugrunde, der sich zwischen den Spannungspolen Abhängigkeits- versus Autonomiewünsche einerseits und Symbiose- versus Trennungsimpulse andererseits bewegt. Der 'aktiv-progressive' Patient versucht hier im partnerschaftlichen Selbsteilungsversuch

seine eigenen Trennungängste zu verleugnen und seiner Partnerin Abhängigkeitswünsche zu delegieren, die von dieser unter Abtretung eigener Autonomieansprüche an den Partner in der 'regressiv-passiven' Rolle zum Ausdruck gebracht werden. Beide ergänzen sich so in ihrem reziproken Abwehrverhalten und verkörpern gleichzeitig auf der Verhaltensebene die verdrängten - und delegierten - Wunschphantasien jeweils des anderen. Daß diese anal-sadistische Kollusion nur mit Mühe in äquilibrierter Balance gehalten werden kann und höchst störanfällig ist, zeigt sich deutlich im experimentell gesetzten Konfliktfall (i. e. GRV): Der Patient versucht durch Überkompensierendes Machtgebaren eigene Regressionstendenzen abzuwehren und sich seine Partnerin noch stärker zu unterwerfen, um nicht seinen oral-passiven Abhängigkeitswünschen zu verfallen. Sie wiederum kann seine Herrscherrolle nur so weit ertragen, wie sie spürt, daß er von ihrer gefügigen Haltung abhängig und mithin in seiner (Pseudo-)Autonomie manipulierbar ist. Wie die Veränderungen des Erlebnistyps der Partner im IRV/GRV-Vergleich ausweisen, nimmt dabei die affektive Modulationsbreite auf beiden Seiten ab, beide koartieren in ihrer partnerbezogenen Erlebnisfähigkeit und verschließen sich ineinander im kollusiven Zirkel immer mehr, was auf seiten des Patienten angesichts seiner psychischen Strukturschwäche und seiner defektösen psychischen Verarbeitungsfähigkeit nach einer gewissen Latenz die psychosomatische Dekompensation in Form der Krankheitsexazerbation beziehungsweise des Rezidivs zur Folge haben kann.

3. Paar III

3.1. Interview

- Persönliche Daten:

Colitis-ulcerosa-Patient, Jahrgang 1935, verheiratet, zwei Kinder, von Beruf Lehrer.

- Interviewsituation:

Im interpersonalen Kontakt ist der altersgemäß aussehende Patient zunächst etwas zurückhaltend und mißtrauisch, öffnet sich aber bald und gibt dann bereitwillig Auskunft. Psychopathologisch fallen die gedrückte Stimmung und der subdepressive

Affekt auf. Der Patient wirkt trotz der entspannten Gesprächssituation innerlich unruhig und in der Gestik etwas fahrig. Wiewohl er versichert, die Unterhaltung sei ihm durchaus willkommen, scheint ihn die Gesprächsthematik zu belasten und anzustrengen.

- Aktuelle Symptomatik:

Der Patient berichtet, in der letzten Woche habe er nach langer Zeit wieder Durchfälle und Blutungen gehabt. Er habe in letzter Zeit beruflich und im Zusammenhang mit seinen politischen Aktivitäten viel Stress gehabt und das habe sich auf seinen Darm niedergeschlagen. Außerdem habe er zusätzlich Magenschmerzen, Kreislaufdysregulationen mit Blutdruckerhöhung und Atembeklemmungen gehabt. Er nehme jetzt täglich sechs bis acht Azulfidine-Tabletten und könne damit die Darmbeschwerden erfolgreich behandeln: „Rückblickend kann ich auf jeden Fall mit Gewissheit sagen, daß nach bestimmten Stresssituationen und vor allem nach Konsum von scharfen Alkoholika [...] diese Krankheit häufig mit diesen Beschwerden auftritt, jedoch nicht immer.“

- Pathographie:

Die ersten Vorläufer seiner späteren Darmerkrankung seien zwischen 1958 und 1959 in Form von gastrischen Beschwerden aufgetreten. Zu dem Zeitpunkt habe er gerade sein Lehramtsstudium abgeschlossen und sei am Beginn seiner ersten Anstellung gestanden. Zudem fielen in diesen Zeitraum auch die Eheschließung (1959), der Auszug aus der elterlichen Wohnung und der Anfang des Zusammenlebens mit seiner Frau in einer gemeinsamen Wohnung. Die ersten Verkrampfungen im Bauchbereich und damit verbundene Darmblutungen traten zwischen 1962 und 1963 auf. (Im März 1962 Geburt des Sohnes und von März bis Juli 1962 zweite Lehramtsprüfung.) Danach hatte er ein symptomfreies Intervall bis 1965/66. „Dann war die schwierigste Phase von 1965 bis 1967, als ich noch in G. Lehrer war. Da mußte ich während eines Unterrichtsvormittags sechs- bis siebenmal auf die Toilette, mußte die Klasse allein lassen, und da kam nur Düninflüssiges und Blut.“ (Damals war der Patient starkem beruflichem Stress ausgesetzt, hatte Wahlkampf und kandidierte zum ersten Mal für den Gemeinderat.) Während einer Frankreichreise Anfang 1967 kam es dann wieder zur Symptomremission. (Der Patient führt dies auf die Wirkung der Gerbsäure im Rotwein zurück, den er auf seiner Reise reichlich genossen hatte.) Seit 1967 habe er immer bei Auftreten eines akuten Colitis-Schubs Azulfidine eingenommen und sei dann nach drei Tagen beschwerdefrei gewesen. Den weiteren Verlauf seiner

Krankheit beschreibt der Patient folgendermaßen: „Also von Periode oder Rhythmik des Verlaufs kann man nicht reden. Da war oft ein Jahr lang fast nichts, höchstens einmal ein oder zwei Tage, aber nach vier oder sechs Azulfidine war das wieder vorbei. [...] Und dann wieder ganz plötzlich geht es wieder los. Und zwar kriege ich das meistens immer drei bis vier Tage nach einer Aufregung. Nicht sofort. Die Gastritis bekomme ich relativ schnell. Aber die Darmbeschwerden immer erst drei bis vier Tage nachher.“

- Biographie:

Wie der Patient schildert, seien er und sein um drei Jahre jüngerer Bruder in einem sehr behütenden Elternhaus aufgewachsen. „Meine Mutter hat fast die Rolle einer Glücke gespielt, hat uns unter ihre Fittiche genommen.“ Sie hätten damals aber auch sehr unter den Auswirkungen des Krieges gelitten, das Geld sei knapp gewesen, der Vater sei im Osten zur Reichsbahn abkommandiert gewesen und nur einmal im Jahr auf Urlaub heimgekommen. In den ersten Kindheitsjahren seien sie deswegen hauptsächlich von der Mutter erzogen worden, mit der eine weitaus intensivere Beziehung als mit dem Vater bestanden habe: „Mehr Liebe ist von der Mutter ausgegangen [...] mehr Wärme, sagen wir einmal Nestwärme, ist von der Mutter ausgegangen.“ Der Vater dagegen sei sehr launisch gewesen, manchmal weich und nachgiebig, dann wieder streng und autoritär. Im Gegensatz zur Mutter habe er sich kaum mit den Kindern beschäftigt: „Die ganze Kindheit und Jugend ist er mit uns ein- oder zweimal ins Gebirge gefahren. [...] Mein Vater hat die Kinder zwar voll bejaht, aber ich persönlich hätte mir mehr Zuwendung gewünscht. [...] Rückblickend hätte es mir gutgetan, wenn er gesagt hätte: ‚Komm, jetzt packen wir den Rucksack, nehmen eine Brotzeit mit und gehen ins Gebirge.‘ Das hätte mir gutgetan.“ Die Beziehung zu seinem jüngerem Bruder sei schon früh dadurch gestört worden, daß er als der Ältere von der Mutter immer mehr gefördert wurde, Abitur machen durfte und studieren konnte, während der jüngere „mit mittlerer Reife dahinkrebst, und das hat natürlich Spuren hinterlassen, die noch bis heute nachwirken“.

Als Kleinkind sei er sehr lebendig gewesen. („So im Alter von zwei bis vier Jahren muß ich ein sehr lebhaftes Kind gewesen sein, wie ich aus Erzählungen von Verwandten her weiß.“) Die Sauberkeitserziehung habe seine Mutter sehr genau genommen. („Aber ich war lange Zeit Bettnässer, bis zu meinem neunten Lebensjahr.“) Als er drei Jahre alt war, kam sein Bruder zur Welt, im Alter zwischen fünf und sechs Jahren mußte er ohne Vater auskommen, weil dieser als Soldat

seine Pflicht erfüllen mußte. Zu der Zeit habe er immer wieder Alpträume gehabt („Ich weiß noch, daß dieser Traum immer wiederkehrte. Das waren so Rollen, die so eine Perforation gehabt haben ...“) und habe panische Ängste wegen der Fliegerangriffe ausstehen müssen.

Nach dem Krieg sei er auf ein neusprachliches Gymnasium gegangen. Den Übertritt auf ein humanistisches Gymnasium, den seine Mutter aufgrund ihres Anspruchsdenkens in die Wege geleitet hatte, schaffte er dagegen nicht und mußte sogar repetieren. Seine sexuelle Entwicklung bezeichnet der Patient als völlig normal. („Meine erste Beziehung zu einer Frau hatte ich in der Ehe. So gesehen war ich ein Spätentwickler. Das lag auch an der religiösen Erziehung. Aber wie gesagt, ich habe viermal in der Woche trainiert und hatte deshalb einfach keine Zeit, mich so intensiv um Mädchen zu kümmern.“) Seine Frau hatte er schon seit der Schulzeit gekannt. Sie waren dann zusammen bei der Katholischen Jugend und bei den Pfadfindern. Kurz nach der Hochzeit 1959 zogen sie in das Haus seiner Eltern, wo sie bis 1962 lebten, anschließend zogen sie in das Haus der Schwiegereltern um und wohnten seitdem mit ihren zwei Kindern dort.

- Psychodynamische Aspekte:

Ähnlich wie bei den beiden vorausgegangenen Fallbeispielen bietet nunmehr auch dieser Patient quasi die klassische „psychosomatogene“ Familienkonstellation und Sozialisation, so, wie sie in der Literatur ausführlich beschrieben worden sind. Auf der einen Seite eine Überbehütende, dominante Mutter, die als idealisiertes Primärobjekt die zentrale Bezugsperson des Patienten darstellte. Auf der anderen Seite ein an Erziehungsaufgaben weitgehend desinteressierter, passiver Vater, der durch seine Stimmungs labilität eher Angst machte, als daß er sich als positives Modell zur strukturbildenden Identifikation angeboten hätte. Durch die reale (berufsbedingte) und substantielle Abwesenheit des Vaters sind die frühe Triangulierung und auch die spätere ödipale Dreieckssituation für den Patienten weitgehend ausgefallen. Umgekehrt war seine Mutter immer präsent, fixierte ihn durch ihren besitzergreifenden Erziehungsstil stark an sich und unterband u. a. durch eine rigide Sauberkeitserziehung seine emanzipatorisch-expansiven Impulse in der Lösungs- und Individuationsphase, die durch die Geburt des Bruders zusätzlich belastet wurde. Diese postsymbiotische Dualunion mit der Mutter erhielt dann in der ödipalen Phase noch eine entsprechende inzestuöse Färbung, da der Vater als Entwicklungsschrittmacher und alternatives, männliches Bezugsobjekt

ja nicht zur Verfügung gestanden ist. Die enge und zugleich hochgradig ambivalente Mutter/Sohn-Beziehung drückte sich damals beim Patienten in den Trauminhalten („Das waren so Rollen, die so eine Perforation gehabt haben ...“) und in einer bis in die Latenzperiode protrahierten Enuresis nocturna aus, welche bekanntlich auf dem unbewußten Konflikt zwischen Leistungsbereitschaft einerseits und Leistungsverweigerung sowie passiven Hingabewünschen andererseits basiert.

Die beschriebenen Entwicklungsdefizite im prädipalen Erfahrungsbereich und die damit verknüpften Entwicklungsarretierungen der sexuell-genitalen Triebansprüche („Meine erste Beziehung zu einer Frau hatte ich in der Ehe. So gesehen war ich ein Spätentwickler“) bildeten die pathogenetischen Entwicklungsdeterminanten für die späteren psychosomatischen Regressions- und Desorganisationsprozesse des Patienten, der sich als Vierundzwanzigjähriger einer regelrechten Anhäufung von Schwellen- und Belastungssituationen aufgrund einschneidender biographischer Veränderungen ausgesetzt sah: Innerhalb weniger Monate erfolgten die Trennung vom Elternhaus (vor allem vom mütterlichen Idealobjekt), die Eheschließung (und damit das erste Intimerlebnis mit einer Frau) und schließlich die Übernahme größerer Verantwortung (Beginn des Berufslebens) – alles Objektverlust-Situationen, die angesichts der epigenetischen Voraussetzungen des Patienten zur Symptomauslösung (zunächst Prodromi in Gestalt einer chronischen Gastritis) führen mußten. Nach drei Jahren kam es schließlich im zeitlichen Kontext mit der Geburt des Sohnes und der zweiten Lehramtsprüfung zur Manifestation der Kolitis und mithin zum endgültigen Resomatisierungsprozeß und dem damit verbundenen Organsubstanzdefekt als Folge autodestruktiver Selbstbestrafungsimpulse.

3.2. PSKB

Die Auswertung der PSKB-Ergebnisse von Herrn S. ergab bei der Einordnung des Verteilungsmusters der einzelnen Merkmale unter diagnostischen Gesichtspunkten eine depressive Neurosenstruktur mit phallisch-narzißtischer Akzentuierung (siehe PSKB-Ergebnistabelle im Dokumentations-Teil).

3.3. GT

Bei der globalen Einschätzung der Fremd- und Selbstbilder des dritten Paares zeigen sich im Vergleich mit den oben erwähnten Referenzprofilen deutliche Abweichungen auf den Skalen 1 (Urteil der Frau über ihren Mann) und 2 bis 6 (Selbstbild des Mannes und Urteil der Frau über ihren Mann). Dagegen bewegen sich die Selbstbilder der Frau und die Urteile des Mannes über seine Frau bis auf geringe Abweichungen auf den Skalen 3 und 5 weitgehend in der Verlaufsrichtung der Vergleichsprofile. Skala 1 zeigt aus der Sicht der Frau einen durchsetzungsfähigen Partner, der von seiner Umgebung geachtet und dessen Arbeit geschätzt wird. Sie selbst stuft sich im Gegensatz dazu als unattraktiv und wenig durchsetzungsfähig ein. Bei den nachfolgenden Skalen (2-6) stellt sich ein Konsens zwischen beiden über ein komplementäres Rollenverhältnis dar. Beide Partner stimmen absolut darin überein, daß der Mann dominant sei und die Frau eher zurückhaltend und ohne Führungsansprüche (Skala 2). Skala 3 weist den Mann als unterkontrolliert und mit einer deutlichen Tendenz zum triebhaften Agieren aus, die Frau dagegen als ein sehr kontrolliertes Wesen mit ausgeprägter Zwanghaftigkeit. Im Gegensatz zu ihrer stark depressiv getönten Grundbefindlichkeit erscheint beiden die Grundstimmung des Mannes als mehr oder weniger stabil und ausgeglichen, wobei die Selbsteinschätzung des Mannes mehr in die Richtung zum depressiven Pol tendiert, während seine Frau bei ihm eher eine Neigung zum hypomanischen Pol sieht (Skala 4). Beide Partner sind sich darin einig, daß der Mann in der Partnerschaft die Rolle der aufgeschlossenen und sozial potenten Persönlichkeit innehat, die Frau hingegen verschlossen-retentiv und im heterosexuellen Kontakt befangen ist (Skala 5 und 6). Dabei fällt auf, daß die Frau auf den beiden letztgenannten Skalen gesellschaftlich erwünschte Wesensmerkmale des Partners in besonderem Maß akzentuiert, welche er an sich selbst in weitaus geringerem Umfang ausgeprägt sieht.

Zusammengefaßt entsteht bei der differenzierten Analyse der Selbst- und Fremdbilder dieses Paares entlang der 6 Skalen folgender Eindruck: Zwischen beiden Partnern besteht eine Interaktionsstruktur, die nach einem strikt-komplementärem Rollenverteilungsmuster organisiert ist. Dabei steht einem attraktiven, dominanten, kontrollschwachen und im gesellschaftlichen Umgang souverän auftretenden Mann eine unattraktive, zurückhaltende, überordentliche und in psychosozialen Beziehungen wenig erlebnisfähige und phantasiearme Frau gegenüber (Skala 1, 2, 3, 5, 6). Offensichtlich aufgrund ihrer ausgeprägten Selbstunsicherheit und ihrer depressiven Verfassung projiziert sie auf ihn Wesens-

merkmale wie Selbstsicherheit und Ausgelassenheit bei gehobener Grundstimmung, während er selbst seine Primärpersönlichkeit eher im ängstlich-depressiven Stimmungsbereich angesiedelt sieht (Skala 4). Ihre starken Idealisierungstendenzen ihm gegenüber werden vor allem auf den Skalen 1, 5 und 6 offenbar, wo die größten Unterschiede zwischen dem Selbstbild des Mannes und der Fremdbeurteilung durch die Frau vorliegen. So sind seine Selbstdefinitionen durchweg mit durchschnittlichen sozial-kommunikativen Kompetenzen und Attributen ausgestattet, während sie unter Abtretung eigener (Ideal-)Selbst-Anteile auf ihn positive Selbst-Aspekte projektiv verschiebt und ihn auf diesem Weg mit Überdurchschnittlichen psychosozialen Potenzen ausstaffiert.

3.4. IRV/GRV

Im IRV ist der Erlebnistyp des Patienten extratensiv-koartativ (B : Fb = 1 : 3), was für eine lebhaft, aber ausreichend stabilisierte Affektivität spricht, zumal auch die extratensiven Komponenten gut angepaßt sind (4 Ffb). Das Einfühlungsvermögen ist schlecht (0 B : 4 Ffb), die Intelligenz gut durchschnittlich (15 Antworten, 8 G) mit einer Tendenz zum theoretisch-abstrakten Denken (8 G, 7 D) und ohne pedantische Züge (weder Dd noch Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet. Die Formen sind sehr gut (90 % F+), was für eine gute Beobachtungsschärfe oder/und Konzentrationsfähigkeit spricht. Eine Stereotypisierungstendenz im Gedankenablauf liegt nicht vor (40 % T), die intellektuelle Anpassung an die Umgebung ist sehr gut (33 % V). Trotz der Strukturfestigkeit ist das Denken überdurchschnittlich originell, einfallsreich und trägt Züge künstlerischer Plastizität (33 % Orig. ++).

Der Erlebnistyp der Frau im IRV ist introversiv-koartativ (B : Fb = 3 : 1), das heißt mehr introversive als extratensive Momente. Die affektive Modulationsbreite ist durch die starke Stabilisierung des Affektlebens aufgrund des Übergewichts der introversiven Seite eingeengt, der Rapport mehr intensiv als extensiv, das empathische Einfühlungsvermögen nur mäßig ausgebildet und wegen des introversiven Schwerpunkts zu wenig objektbezogen (3 B : 0 Ffb). Die Intelligenz ist durchschnittlich (16 Antworten, 7 G), eher auf praktische Problemstellungen ausgerichtet (7 G, 8 D) und mit einer geringfügigen Neigung zur Pedanterie (1 Dd, 0 Do und 0 DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen liegen im Normbereich (75 % F+), was für eine durchschnittliche Beobachtungs-

schärfe bzw. Ekphorierfähigkeit spricht. Ziemlich starke Neigung zu stereotypisierenden Assoziationseinstellungen (75 % T), hier wohl ein Zeichen für intellektuelle Bequemlichkeit. Das Denken ist an die Realität überangepaßt und weist eine Tendenz zum Banalen auf (50 % V), die kognitive Originalität und Plastizität des Denkens ist mittelmäßig und ohne besondere Ambition (2,5 % Orig. +).

Die Interpretation der Deutungsinhalte des Paares im IRV (entlang der 10 Tafeln) ergab aus psychodynamischer Sicht folgende persönllichkeitsspezifische Charakteristika der Partner:

Bei dem Patienten deuten sich tendenzielle Ich-Erweiterungs-Impulse mit Verachtung anderer und Aufässigkeit gegen Autoritäten an (Tafel I). Der Abzug von Objektlibido und die Besetzung des eigenen Körpers mit libidinösen und aggressiven Triebimpulsen im Sinn einer narzißtischen Besetzung des eigenen Körper-Selbst wird bei Tafel II (Rotschock) deutlich. Tafel III (Rotschock und Hd-Antwort) weckt in ihm Erinnerungen an den frühoralen Erfahrungsmodus und mobilisiert Wunschphantasien in Richtung oral-passiver Verwöhnung. Die Vater-Imago - auch als Symbol für Macht und Autorität - ist angstbesetzt und wird konflikthaft erlebt (Dunkelschock bei Tafel IV), die Einstellung zur Realität ist angepaßt (V-Deutung bei Tafel V), phallisch-genitale Triebansprüche werden massiv abgewehrt (Überkompensierter Dunkelschock bei Tafel VI). Die Mutter-Imago kann nur als entlibidinisierte Madonna erlebt werden und wird als „Engel ohne Unterleib“ stark idealisiert (fraglicher Weißschock bei Tafel VII). Hingabefähigste im heterosexuellen Bereich und Tendenzen, sich auf die symbiotisch-narzißtische Entwicklungsstufe der Objektbeziehungen zurückzuziehen, deuten sich an (Farbenschock bei Tafel VIII). In enger Verbindung mit diesen Regressionswünschen steht die narzißtische Besetzung des eigenen Körpers (Farbenschock bei Tafel IX und X) sowie die Wendung aggressiv-autodestruktiver Impulse gegen das eigene Körper-Selbst, wie es andeutungsweise schon bei Tafel II zum Ausdruck gekommen ist (Insgesamt 40 % Anat.-Deutungen im IRV).

Das Selbstwertgefühl der Ehefrau scheint nicht besonders stabil zu sein (Dunkelschock bei Tafel I), frühorale Vereinigungswünsche und inzestuöse Phantasien werden in ihr wach (Rotschock bei Tafel II). Anhaltspunkte für eine mißglückte Geschlechtsrollenidentifikation liegen nicht vor (Tafel III), die Vater-Imago

löst starke Ängste aus (Dunkelschock bei Tafel IV), die Einstellung zur Realität ist angepaßt (V-Deutung bei Tafel V), die phallisch-genitale Sexualität wird ambivalent-angstvoll erlebt (Dunkelschock bei Tafel VI). Die Mutter-Imago ist ihrer sinnlichen Komponente entledigt und erscheint mädchenhaft-jungfräulich (Dunkelschock bei Tafel VII). Es finden sich Hinweise auf einen unbewältigten Ödipuskomplex (Farbenschock bei Tafel VIII und IX), der persönliche Lebensraum wird differenziert wahrgenommen und detailliert ausgestaltet, auch wenn Belastungsfaktoren - wohl vor allem im Zusammenhang mit der Erkrankung ihres Mannes - die Freude daran zu trüben scheinen (Farbenschock bei Tafel X).

Aus deskriptiv-entwicklungsdiagnostischer Sicht würde man beim Persönlichkeitsprofil des Patienten von einer frühen Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit den damit verknüpften Entwicklungsdefiziten der psychosexuellen Reifung, des Aufbaus einer tragfähigen Ich-Organisation und der Ausbildung reifer Objektbeziehungen sprechen. Das Persönlichkeitsprofil der Frau besitzt dagegen mehr die Züge einer psychoneurotischen Entwicklungsgeschichte mit Teilstörungen im oralen und phallisch-ödipalen Erlebnisbereich.

Die Verhaltensanalyse der Paarinteraktionen im GRV ergibt folgendes Bild:

Die Frau zeigt mehr praktisches Engagement (Tafelhalten), weiß sich aber auch auf qualitativer Ebene erfolgreich durchzusetzen (Penetranz). Trotzdem nimmt ihre Ideenproduktion im IRV/GRV-Vergleich ab (Vorschlagszahl sinkt von 16 auf 12). Auch wenn die Vorschlagszahl des Patienten numerisch unverändert bleibt, so schafft er doch durch eine forcierte Ideenproduktion sowohl auf formaler Ebene (8 Initialdeutungen) als auch in inhaltlicher Hinsicht (5 Neuantworten) ein deutliches Gegengewicht zum Aktionsradius seiner Frau, die ihm auch die formale Führungsposition in der Partnerschaft nicht streitig macht (Entscheid). Der affektive Beziehungsstil ist außerordentlich wohlwollend und voller wechselseitiger Verstärkungen (auf der Seite der Frau über 70 % positive Beurteilungen, auf der Seite des Patienten über 85 % positive Beurteilungen), was sich offensichtlich für das Problemlösungsverhalten des Paares als äußerst förderlich erweist: So sind Anzahl und Qualität der gemeinsamen Deutungen (Qualität des Produkts) und gleichermaßen die Effektivität des Kooperationsverhaltens (Qualität des Entscheids) überdurchschnittlich gut. Gleichwohl steht zu vermuten, daß die Funktionstüchtigkeit des Paares aber nur ein - wenngleich willkommenes - Nebenprodukt des Konfliktvermeidungsverhaltens und des ausgeprägten Harmoniebedürfnisses der Akteure darstellt, das natürlich für eine vorteilhafte Außendarstellung

zweckdienlich eingesetzt werden kann. Der eigentliche Hintergrund dieses Einander-nicht-wahrnehmen-Wollens scheint das unbewusste Verschwinden der Partner über ihren gemeinsamen Widerstand zu sein, der sich energisch gegen die Infragestellung ihres Beziehungsideals - nämlich die Erlangung von Erharmonie in der Verschmelzung - richtet. Deswegen scheint sich auch die Frau in ihrem Impetus deutlich zurückzunehmen (siehe 'Vorschlagszahl' und 'Entscheid' in GSV), um ihrem Mann zumindest die formale Führungsposition in der Paarbeziehung zu gewährleisten, woraus dieser den entsprechenden Selbstvertrauens beziehen und sich grandios fühlen kann. Durch Projektion ihrer Idealvorstellungen (siehe GT-Analyse) auf den Partner läßt sie diesen zusätzlich patriistisch auf und phantasiert ihm als Verkörperung eines idealen Ersatz-Selbst, dessenwegen eine partielle Selbst-aufgabe bzw. die Durchführung des Anspruchs auf mehr Selbst-Entfaltung für sie nicht allzu schwer fällt.

Die Erlebensanalyse der Paarinteraktionen vermittelt folgenden Eindruck:

Der Erlebnistyp des Mannes weist im IAT GSV-Vergleich eine leichte Zunahme der extratensiven Seite ($E: Fb = 1:3$ 2) auf und ist jetzt extratensiv-dilatiert, der Erlebnistyp seiner Frau bleibt unverändert introversiv-kontraktiv ($E: Fb = 3:1$). Seine affektive Verfassung erfährt zur Dilatation noch ein weiteres Moment der emotionalen Destabilisierung in Form einer Umstrukturierung der extratensiven Komponenten: Abnahme der Ffb-Elemente um die Hälfte und gleichzeitiges Auftreten von Ffb- und Fb-Elementen (Veränderung vom Mitteltypus zum Rechtstypus). Sein partnerbezogenes Einfühlungsvermögen nimmt leicht zu ($1 E: 2 Ffb$), ihre Einfühlungsfähigkeit ist weiterhin schlecht ($1 E: 3 Ffb$). Während bei ihm die Antwortzahl gleich bleibt (15), nimmt sie bei ihr ab (von 18 auf 12). Beide zeigen weniger Qualitätsergeiz (Erft. 3-D), die Sekretion ist bei beiden weiterhin geordnet. Die Beobachtungsschärfe und besonders die Strukturfestigkeit des Denkens lassen bei ihm nach (von 90 auf 80 % F+ und von 33 auf 20 % V), sie wiederum zeigt mehr Einfallsreichtum (von 12,5 auf 17 % Orig. +) bei gleichzeitigen Rückgang der V-Z (von 90 auf 41) und leichter Verbesserung der Beobachtungsschärfe (von 75 auf 78 % F+).

Bei der Interpretation der Deutungsinhalte des Paares (entlang der 40 Tafeln in GSV) sind aus psychoanalytischer Perspektive folgende für die unbewusste Beziehungsdynamik der Partner aufschlußreiche Aspekte festzuhalten: Der Patient reigt sich zunächst selbstbewußt und läßt sich weder vom ihrem Alternativvorschlag noch von ihrer „phallischen Koketterie“ („... und das Schwarze ...“) davon abbringen,

eine seiner IRV-Deutungen erfolgreich durchzusetzen (Tafel I). Danach versucht er sie für sein narzißtisches Verständnis von Körperlichkeit zu gewinnen, mobilisiert aber ungewollt bei ihr genitale Sexualphantasien, die sie nur mit Mühe abwehren kann („Becken hat aber auch etwas auf sich ...“). Sie versucht ihm nun ihren Gegenvorschlag im wahrsten Sinne des Wortes schmackhaft zu machen, wogegen er sich zunächst konfliktbereit zur Wehr setzt. Schließlich vermag sie ihn in geschickter Weise für ihre Deutung so einzunehmen, daß er letztlich mit seinem klaren Entscheid für diesen Vorschlag ihrer (scheinbaren) Ambivalenz ein Ende bereitet (Tafel II). Während er soziale Beziehungen vor allem unter dem egoistischen Gesichtspunkt der Befriedigung seiner oral-passiven Bedürfnisse und Verwöhnungsphantasien in Dienst zu nehmen scheint, neigt sie im heterosexuellen Kontakt eher zur Übernahme einer anspruchlosen bzw. unterwürfigen Rolle (siehe Beugekinästhesie bei Tafel III). Bei der nächsten Tafel nimmt sie sich ihm zuliebe zurück und identifiziert sich mit seiner Vater-Imago vom starken und mächtigen Mann, als welchen sie auch ihn gerne sehen möchte (Tafel IV). Beide haben eine wirklichkeitsnahe Grundeinstellung zum Leben (Vorliegen der V-Deutung bei Tafel V). Phallisch-genitale Phantasien werden von dem Patienten als hochgradig bedrohlich erlebt und müssen deswegen durch Skotomisierung abgewehrt werden (i.e. Sexualsymbolstupor). Er ist sichtlich erleichtert, daß sie bei ihrem selbstzensurierten (IRV-)Vorschlag die „verpönten Stellen“ dieser Tafel nicht thematisiert und somit sich intuitiv seiner Abwehrhaltung anpaßt (Tafel VI). Die Mutter-Imago von beiden ist entlibidinisiert, sozusagen das Bild einer Frau ohne Sinnlichkeit und Unterleib. Während der Patient aber mehr zur Idealisierung der Muttergestalt neigt, wird bei seiner Frau eher eine rivalisierend-ambivalente Haltung gegenüber der Mutter deutlich, weshalb ihr die Überidealisierung derselben - so, wie sie der Patient mit seiner Neuantwort („Engelsköpfe“) quasi in Form eines optimierenden Kompromißvorschlags anklingen läßt - schon gar nicht möglich ist (Tafel VII). Bei der nächsten Tafel deuten sich auf seiner Seite Regressionswünsche in Richtung auf das symbiotisch-narzißtische Objektbeziehungs-niveau mit dem dazu assoziierten sicherheitstiftenden Primärobjekt (Blume = Mutter) an. Ihre Phantasien bewegen sich dagegen im ödipalen Konfliktbereich und dort vor allem auf dem Gebiet des ungelösten Vater/Tochter-Beziehungskonfliktes (Baum = Vater). Aufgrund der großen Kluft zwischen diesen Phantasieebenen erscheint eine Einigung der Partner auf eine gemeinsame Deutung unmöglich und mithin der Konflikt vorprogrammiert. Nichtsdestotrotz lenkt der Patient formal auf den Vorschlag seiner Frau ein, um dadurch das partnerschaftliche Credo von der problemlosen Verständigung in ungestörter Harmonie

und Eintracht zu bewahren (Tafel VIII). Diese Tendenz setzt sich bei der nächsten Tafel fort. Einmal mehr wird bei ihm die Sehnsucht nach harmonischer Idylle und Geborgenheit laut, während sie die ödipale Konfrontation sucht und ihn als Mitstreiter dafür gewinnen möchte. Da sie an ihrem Vorschlag wieder festhält, gibt er nach und übernimmt nolens volens die ihm zugedachte Rolle („Röhrende Hirsche“). Unter Verdrängung seiner Regressionsbedürfnisse akzeptiert er nun die Rolle der kämpferischen Männlichkeit, die ihm zwar nicht zusagt, mit der er aber seinen speziellen Beitrag für die Aufrechterhaltung einer störungsfreien und konfliktbereinigten Homöostase in der Partnerschaft leisten kann (Tafel IX). Nachdem er nun mit seinem narziistischen Selbstbezug und mit seinen oral-passiven Regressionswünschen schon zweimal nicht zum Zug gekommen ist (siehe Tafel VIII und IX), placiert er jetzt sogleich (im Gegensatz zum IRV) seine Idee vom „menschlichen Skelett“. Dieses Mal kommt sie ihm ohne Vorbehalte entgegen, zumal sie diese Deutung ja auch im IRV unter anderem formuliert hatte. Ohne daß sie deswegen auf seine tiefliegenden Ängste und Bedürfnisse eingegangen ist, fühlt er sich von ihr vollständig verstanden und steigert vor lauter Freude seine Ideenproduktion (Neuantwort), um sie in ihrer detaillierten Raumgestaltung kreativ zu unterstützen. Am Schluß ist er froh darüber, daß sie ihm quasi ein Moment primärnarziistischer Regression ("... und oben ein Skelett-Teil") gewährt, ohne daß er darum besonders kämpfen mußte bzw. deswegen die Entstehung eines Konflikts drohte (Tafel X).

3.5. Resümee

Die Zusammenfassung der einzelnen Untersuchungsergebnisse des dritten Paares vermittelt hinsichtlich der Interaktionsstruktur und Beziehungsdynamik der Partner folgenden Eindruck:

Diese Partnerschaft weist Züge einer narziistischen Kollusion mit der dazugehörigen komplementären Rollenverteilung auf. Der gemeinsame unbewältigte Grundkonflikt besteht auf der einen Seite in der tiefen Sehnsucht der Partner nach „Liebe als Einssein“ und den damit verbundenen Wunschphantasien von der innigen Verschmelzung, dem totalen Einswerden und der völligen Konkordanz in der Liebesbeziehung. Auf der anderen Seite steht die Angst vor Selbst-Aufgabe in der Zweierbeziehung, Angst vor dem Verlust der Ich-Grenzen und der eigenen Autonomie beziehungsweise Angst vor

der Fremdbestimmung des eigenen Selbst durch zu intensive Nähe des Partners. Dieser unbewusste Konflikt wird in unterschiedlichen Rollen ausgetragen, wobei in diesem Fall dem Patienten die progressive (Überkompensierende) Position übertragen ist, während seine Frau die regressive (Abwehr-)Position übernommen hat. Sie gibt in ihrem schlechten Selbstwertgefühl den Anspruch auf Selbst-Entfaltung auf und sucht durch die projektive Identifikation mit dem Ideal-Selbst des Mannes die ersehnte Selbstwertstabilisierung zu realisieren. Er erfährt durch ihre komplementärnarzistische Idealisierung den entscheidenden Selbstwertzuwachs und kann durch ihre narzistischen Gratifikationen sein lädiertes Selbstgefühl erhöhen. Beide könnten sich so gesehen in der dyadischen Verklammerung ihrer Abwehrfunktionen gesichert fühlen, wenn nicht die Wiederkehr verdrängter Bedürfnisse und Triebansprüche zur Konfliktauslösung und infolgedessen zur Infragestellung der äquilibrierten interindividuellen Abwehrbalance führte. Wie fragil die innere Struktur dieses dyadischen Abwehrsystems ist und welchen psychischen Kraftaufwandes es vor allem auf seiten des Patienten bedarf, das durch aufkeimendes Konfliktmaterial in seiner scheinbaren Harmonie gestörte Selbstheilungs-Arrangement zu re stabilisieren, reflektieren die strukturellen Veränderungen seiner Interaktionspersönlichkeit im „experimentellen Konflikt“ (i.e. GRV): Der Erlebnistypus wandelt sich vom extratensiv-koartativen Mitteltypus zum extratensiv-dilatierten Rechtstypus, will heißen, die problemorientierte Form der Interaktion mit seiner Frau führt bei ihm zur Mobilisierung tiefliegender Affekte (Angst, Ärger, Wut usw.) und zu einer Destabilisierung des Erlebnistyps mit Zunahme der extratensiven Komponenten bei gleichzeitiger Abnahme der formgebenden Elemente innerhalb der affektiven Formation. Damit einher gehen eine Reduktion der Beobachtungsschärfe und vor allem eine Abnahme der kognitiven Strukturfestigkeit. Diese - wohl hauptsächlich unbewußt ablaufenden - affektiven Prozesse können aufgrund der defizitären psychischen Infrastruktur und der damit vergesellschafteten Insuffizienz der Verarbeitungskapazität nicht in ausreichendem Maß in psychische „Emulsion“ übergeführt werden. Diese namenlosen, sprich symbolisch-konnotativ nicht markierten Affektgrößen verbleiben zunächst unorganisiert im Unbewußten; nach einer gewissen Latenzzeit suchen sie bei gleichzeitigem Anstieg ihrer Spannungsbeträge Anschluß an organische Abfuhrkanäle. Affekt-Korrelate in Gestalt diffuser Körperpersensationen und undifferenzierter Spannungszustände organisieren sich schließlich - in interindividuell unterschiedlich langen Zeiträumen - am Zielorgan, das durch psychophysische Konditionierungsprozesse stigmatisiert worden ist, zur manifesten psychosomatischen Krankheit. Mithin bilden der kolusiv induzierte Paarkonflikt, die daraus resultierende Mobilisierung unbewußter

Affektgrößen und die konsekutive Aktivierung somatischer Affekt-Korrelate eine pathogenetische Ergänzungsreihe, an deren Ende die psychosomatische Symptombildung steht.

Bemerkungen am Rande:

Anhand der ausführlichen und detaillierten Darstellung der ersten drei Fallbeispiele dürfte unter anderem auch deutlich geworden sein, welcher Zielrichtung das methodische Procedere dieser Arbeit folgt und welche Schwerpunkte bei der Evaluation und Interpretation des empirischen Materials gesetzt werden. Aus naheliegenden Gründen wird deshalb in den nachfolgenden Abschnitten die Diskussion von drei weiteren Fallbeispielen in kürzerer Form durchgeführt, wobei sich an der prinzipiellen Vorgehensweise der Materialanalyse nichts ändert.

4. Paar IV

4.1. Interview

- Persönliche Daten:

Morbus-Crohn-Patientin, Jahrgang 1953, verheiratet, ein Kind, von Beruf Bankangestellte, jetzt Hausfrau. Antrag auf Frührente ist gestellt.

- Interviewsituation:

Zum Gespräch erscheint eine jünger aussehende, gepflegt wirkende Patientin, deren Allgemeinzustand aufgrund eines akuten Krankheitschubes entsprechend reduziert ist. Das Gespräch gestaltet sich flüssig, die Patientin ist auskunftsbereit und im interpersonalen Kontakt aufgeschlossen und kooperativ. Bis auf den subdepressiven Affekt bei insgesamt gedrückter Stimmungslage ist der psychopathologische Status unauffällig.

- Aktuelle Symptomatik:

Wie die Patientin berichtet, nehme sie wegen ihrer augenblicklichen Durchfälle und Schmerzen wieder Medikamente (Quantalan) zu sich. Ihre Schmerzen begannen häufig nach Aufregung, manchmal auch attackenartig ohne jede Vorwarnung. Meist

oberhalb des Nabels lokalisiert, mit Darmkrämpfen verbunden, oft so stark, daß sie regelrecht Atemnot bekomme. Früher habe sie Cortison zu sich genommen, und da sei es ihr relativ gut gegangen. Seit der Geburt ihres Sohnes (Mai 80) gehe es ihr aber immer schlechter: „Seitdem das Kind da war, ist es bergab gegangen, weil ich vorher nur Durchfälle hatte, aber mich sonst recht wohl fühlte. Da waren nicht die Schmerzen da, wie das jetzt der Fall ist.“

- Pathographie:

Die ersten Beschwerden seien 1970 während einer Jugoslawien-Reise aufgetreten. Sie sei damals zusammen mit ihrer Mutter, ihrer Tante und ihrem damaligen Freund im Urlaub gewesen: „Ich habe bei meiner Mutti geschlafen im Zimmer - ich war damals siebzehn Jahre alt -, und mein Freund und meine Tante hatten ihre Einzelzimmer.“ Gleich zu Beginn des Urlaubs habe sie einen massiven Migräneanfall mit starken Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen gehabt: „Das mit den Durchfällen kam dann irgendwann während der vierzehn Urlaubstage. Genau weiß ich das nicht mehr.“

Im Jahr 73 fuhr sie erstmals mit ihrem Freund allein in Urlaub. Zu der Zeit hatte sie fünf bis sechs Durchfälle pro Tag: „Früher war es immer so, daß ich fröhlich dreimal mußte und dann vielleicht zwei- bis dreimal über den Tag hin verteilt, aber am Abend war da Ruhe. [...] Nein, das hat mich eigentlich nicht so belastet. Es war halt unangenehm mit der ständigen Toilettensuche. [...] Da fühlt man sich immer wohl, wenn man entleert ist. [...] Und die Beschwerden waren ja unbedeutend. Ich habe bloß einen leichten Druck nach dem Essen über dem Nabel gespürt. Vor der Schwangerschaft waren da Schmerzen nie da.“ In den folgenden Jahren habe sich an ihrem Krankheitsverlauf im Prinzip nichts geändert: „Wenn ich aufgeregt war zum Beispiel, dann bin ich auch fünf- bis sechsmal hintereinander gegangen, oder wenn ich heute irgend etwas zu erledigen habe, dann muß ich schon vorher schnell noch auf die Toilette.“

Im Jahr 74 hatte sie eine kurzdauernde Liaison mit einem verheirateten Mann: „Diese Beziehung ist dann im Sande verlaufen. Meine Krankheit ist zu dieser Zeit besser geworden, als ich diesen Mann kannte. Es war natürlich auch etwas Neues, aber ich habe schon gemerkt, daß es mir vom Psychischen her gesehen besser geht. [...] Auf jeden Fall ist es mir immer gut gegangen, wenn etwas schön war und neu ...“ So auch 1978, als sie ihren späteren Ehemann

kennenlernte: „Was meine Krankheit anbelangt, habe ich am Anfang der Beziehung zu meinem Mann fast keine Beschwerden mehr gehabt, weil es noch neu war, frisch, da war es sehr gut mit der Krankheit [...], und dann aber im alten Trott registriert man das viel eher. Ich merke auch, so wenn mein Mann am Wochenende daheim ist, da gehe ich auch auf die Toilette, aber das ist lange nicht so schlimm wie unter der Woche, wenn ich in meinem Trott drin bin. [...] Das liegt wahrscheinlich daran, daß ich nicht allein sein kann - das ist ganz schlecht bei mir - oder wenn wieder irgend etwas im Alltag anfällt und mich aufregt.“

Nach der Geburt ihres Sohnes im Mai 1980 habe sich ihr Zustand deutlich verschlechtert. Während der Schwangerschaft hatte sie keinen Durchfall, danach „ist nur Wasser gekommen und schließlich auch die Schmerzen“. Als ihr nach der Kaiserschnitt-Entbindung mitgeteilt wurde, ihr Sohn habe einen Klumpfuß und müsse deswegen sofort in einer Spezialklinik operiert werden, „habe ich einen richtigen Schock erlitten. [...] Ich habe da an mir selbst gezweifelt, so als ob ich nicht einmal in der Lage bin, ein normales Kind auf die Welt zu bringen [...]“. Von dem Zeitpunkt an wollte ich gar nicht mehr gesund werden. Ich habe dann hohes Fieber bekommen in der Klinik, bekam 25 Infusionen, und was dann noch hinzukam: ich habe im Bett schon zwei Tage nach der Geburt meine Durchfälle gehabt.“ In der Zwischenzeit habe sie sich ganz auf die Wiedergenesung ihres Sohnes konzentriert und eigene Ansprüche in den Hintergrund gestellt: „Wenn es dem Kind wieder besser geht, dann, glaube ich, geht es auch mir wieder besser. Seither geht es mir richtig schlecht. [...] Ich habe Schmerzen, bin dann teilweise auch depressiv, heule oft stundenlang wegen nichts und wieder nichts. [...] Auch die Durchfälle haben wieder zugenommen.“

- Biographie:

Die Patientin berichtet, ihre Geburt sei völlig problemlos, ihre Entwicklung in der frühen Kindheit ohne Auffälligkeiten gewesen. Die Sauberkeitserziehung habe ihre Mutter ganz normal gehandhabt: „Sie hat es ordentlich und putzt auch, also ganz normal, würde ich sagen, was bei mir schon wieder ganz anders ist. Bei mir muß immer alles picobello aufgeräumt sein, also das habe ich - glaube ich - von meinem Vater. Der ist auch in einem Aufräumen.“ Die Beziehung mit ihrem sechs Jahre älteren Bruder sei recht gut. Ihr Vater habe sie als Klein-

kind eher verwöhnt, die Mutter hingegen habe keines der Kinder bevorzugt behandelt. Die Beziehung der Eltern sei immer harmonisch gewesen. Streit habe es nie gegeben, „erst 1968 bei der Trennung, da haben wir es erst mitgekriegt, daß da etwas nicht stimmte“.

Nach sechs Klassen Volksschule wechselte sie auf die Realschule über. Damals habe sie (als Dreizehnjährige) ihre erste Menstruation bekommen, die bis zu ihrer Schwangerschaft immer unregelmäßig gewesen sei. Aufgeklärt sei sie von niemandem worden: „Eine Gassenaufklärung. Ich war auf dem Gebiet eher eine Spätentwicklerin. Und dann habe ich ja auch Angst gehabt, daß ich ein Kind bekomme.“ Zwischen 1970 und 1972 habe sie ihr erstes Intimerlebnis mit ihrem damaligen Freund gehabt: „In der Zwischenzeit habe ich wohl auch mit meinem Freund geschlafen, aber ich weiß nichts mehr davon.“

Nach vier Klassen Realschule habe sie bis zu ihrer Schwangerschaft als Bankangestellte gearbeitet: „Ich möchte schon ganz gerne wieder in die Arbeit gehen. Aber das geht ja jetzt nicht mehr, weil es mir auch die ganze Zeit so schlecht ging. Und dann habe ich ja auch den Antrag auf Frührente gestellt.“

Zu ihrer Mutter habe sie immer eine besonders intensive Beziehung gehabt, besonders seit der Trennung der Eltern: „...und ich habe immer das Gefühl gehabt, ich muß meine Mutti überall mit hinachleppen. Also so ein richtiges ... nicht ein Schuldgefühl. Ich wollte halt einfach, daß sie bei mir ist und ich bei ihr so ungefähr. [...] Ich war ja auch bis zum 25. Lebensjahr daheim, wenn mich nicht mein Mann da rausgeholt hätte. Ich habe immer das Gefühl gehabt, ich muß für sie dasein und daß sie jemand hat. [...] Es hat oft Streitereien gegeben mit meinem Freund deshalb. Aber ich wollte das einfach, daß meine Mutti dabei ist, weil sie mir wichtiger war wie alles andere - zu der Zeit wenigstens.“

Ihren ersten Freund lernte sie mit sechzehn Jahren kennen. Diese Beziehung dauerte zwar zehn Jahre, sei aber mehr eine Kameradschaft als wirkliche Liebe gewesen: „Ich glaube, ich hätte mit dem nie geschlafen, wenn er es nicht gewollt hätte. [...] Er war lustig, und wir hatten viel Spaß, aber es war doch nicht so das richtige.“ Zwischendurch hatte sie eine sehr intensive Beziehung mit einem Älteren, verheirateten Mann, der sie vor allem in sexueller Hinsicht angezogen habe: „...Der hat mich auch als Frau behandelt und nicht als Kameradin.“

Doch habe sie den Absprung von ihrem Freund aus Mitleid und Schuldgefühlen nicht geschafft. Erst 1978, als sie mit 25 Jahren ihren späteren Mann kennenlernte, war es ihr möglich, die Beziehung zu beenden: „So kann ich sagen, daß ich es endgültig geschafft habe durch meinen Mann; ich würde wahrscheinlich noch heute daheim sitzen, ohne daß sich etwas geändert hätte.“ Ihr Mann habe ihr dann auch die entscheidenden Anstöße dazu gegeben, von daheim auszuziehen: „... aber ich habe wieder gezögert wegen meiner Mutti. Ich wollte sie ja nicht allein lassen. Aber er hat mich aufgefordert, zu ihr zu gehen und ihr zu sagen, daß ich jetzt ausziehen werde. Und das habe ich dann auch gemacht, und meine Mutti hat auch nichts dagegen gehabt ...“

- Psychodynamische Aspekte:

Die Schilderungen der Patientin illustrieren eindrucksvoll, wie sehr sie unter Trennungängsten und Schuldgefühlen zu leiden hatte (und auch nach wie vor noch leidet), als es darum ging, sich vom mütterlichen Primärobjekt zu lösen. Für die Pathogenese dieser massiven Objektverlustängste und Selbstbestrafungsimpulse sind primär frühe Traumatisierungen im präöedipalen Erfahrungsbereich anzuschuldigen, die zum einen - aus objektbeziehungstheoretischer Sicht - den unablässigen Kampf um den symbiotischen Bezug zum mütterlichen Idealobjekt und später zu einer idealisierten primären Bezugsperson als Mutterrepräsentanz (in diesem Fall der Ehemann) determinieren. Zum anderen - aus triebpsychologischer Sicht - verursachen sie oral-kaptative Hemmungen (als Folge trennungsprophylaktischer Handlungsmuster) und fördern oral-passive Hingabebedürfnisse (orale Abhängigkeit vom Geliebtwerden und von den narzißtischen Gratifikationen des Primärobjekts), die von einer Überbehütenden Mutter zum Beispiel durch zu starke Verwöhnung entsprechend fixiert werden („Also was ich aus Erzählungen von meiner Mutti weiß, hat sich mich sechs Monate gestillt. Sie hat zwar keine Milch gehabt, so ungefähr 30 Gramm pro Tag, aber die hat sie mir auch gegeben. Als Medizin, wie sie sagte.“). Während der Lösungs- und Individuationsphase gingen offensichtlich vor allem von seiten des Vaters entwicklungshemmende Verbote und Einschränkungen aus, die bei der Patientin zu einer Beeinträchtigung motorisch-aggressiver und emanzipatorisch-expansiver Antriebskategorien führten („Mich hat es als Kind wahnsinnig aufgeregt, daß mein Vater alles immer so schön sauber aufgeräumt hat. [...] Bei dem muß immer alles richtig daliegen, wohlgeordnet.“). Dagegen scheint auch in dieser Entwicklungsphase

die Mutter eher der verwöhnende Elternteil gewesen zu sein („Wir haben uns also wirklich schmutzig machen dürfen. Auch heute handhabt das meine Mutti ganz normal. [...] Ich war ja ein furchtbares Kind. Sehr lebhaft. Meine Mutti hat nichts tun können, wo ich nicht dabei war. Wenn sie auf die Toilette gegangen ist, habe ich auch dabeisein müssen, und eben furchtbar lebhaft“), der wohl dadurch Lösungsversuche der Tochter eher unterminiert als gefördert hat. Die ausgeprägte Fixierung an das mütterliche Primärobjekt führte natürlich zu entscheidenden Entwicklungsdefiziten im Aufbau der Ich-Organisation und zur Ausbildung eines rigiden Über-Ich, das sadistische Züge früher archaisch-grausamer Über-Ich-Kerne trägt („Und das muß ich heute auch wieder büßen, weil mein Sohn ist auch so furchtbar“). Auch die psychosexuelle Entwicklung wurde dadurch entscheidend arretiert („Ich war auf dem Gebiet eher eine Spätentwicklerin“), was schließlich bei der Patientin den krankheitsauslösenden Annäherungs/Vermeidungs-Konflikt im Rahmen einer Versuchungs/Versagungs-Situation induzierte („Ich habe bei meiner Mutti geschlafen im Zimmer [...], mein Freund und meine Tante hatten ihre Einzelzimmer. [...] Ich meine, ich war da ja noch so jung. Und das war für mich noch nicht so wichtig, glaube ich. Das weiß ich jetzt auch nicht mehr. Ich hätte auch kein Bedürfnis danach gehabt, mit ihm zu schlafen. Ich hätte es sonst bestimmt gemacht. Ich meine, von seiner Seite her bestand vielleicht schon das Bedürfnis - das weiß ich nicht -, aber bei mir war da das Interesse nicht so da, und dann hätte ich mich auch nicht getraut“). Das Frau-Werden im Sinne des Vollzugs genitaler Sexualität wäre gleichbedeutend gewesen mit einem Stück Lösung aus der Mutter/Kind-Dyade, quasi eine zweite Abnabelung aus der Dualunion mit der Mutter. Diese Trennungs-Phantasien riefen bei der Patientin massive Schuldgefühle und konsekutive Selbstbestrafungsimpulse auf den Plan, die dann zur Wendung aggressiver Potentiale gegen das eigene Selbst - d.h. in dem Fall aufgrund der Ich-strukturellen Entwicklungsdefizite und der damit einhergehenden mangelhaften Elastizität der Selbst-kohäsiven Bindungskräfte zur Aggression gegen das eigene Körper-Selbst - geführt haben.

4.2. PSKB

Die Auswertung der PSKB-Ergebnisse von Frau B. ergab bei der diagnostischen Einstufung des Verteilungsmusters der einzelnen Persönlichkeitsmerkmale aus neurosen-

theoretisch-psychoanalytischer Sicht eine depressive Neurosenstruktur mit phallisch-narzißtischer Akzentuierung (siehe PSKB-Ergebnistabelle im Dokumentations-Teil).

4.3. GT

Die globale Einschätzung der Fremd- und Selbstbeurteilungen des vierten Paares weist im Vergleich mit den Referenzprofilen folgende Abweichungen bzw. Auffälligkeiten auf: Bei Skala 1 wird deutlich, daß sich beide Partner im Gegensatz zu den Vergleichspopulationen als beliebte und durchsetzungsfähige Individuen definieren, die sich auf der gesellschaftlich-sozialen Bühne in Szene zu setzen und zu verkaufen verstehen. Skala 2 zeigt eine auffällige Abweichung des Selbstbildes der Patientin in Richtung ‚Dominanz‘-Pol, wobei interessant ist, daß das Urteil des Mannes über seine Frau in die entgegengesetzte Richtung weist. Bei Skala 3 weichen die Selbstbeurteilung der Frau und das Urteil des Mannes über die Frau deutlich in Richtung ‚Zwanghaftigkeits‘-Pol ab, bei Skala 4 fällt vor allem die Differenz zwischen dem männlichen Selbstbild und der Beurteilung des Mannes durch die Patientin auf, während die Einstufung der Stimmungslage der Patientin (vw und mw) keine Einigungsprobleme bereitet und sogar über den äußeren Referenzprofil-Bereich hinaus in Richtung ‚Depressivität‘ zeigt. Bei Skala 5 beurteilt sich die Patientin als verschlossen und in der Liebe wenig erlebnisfähig und liegt somit im Definitionsbereich der Vergleichspopulationen, während die anderen drei Urteile (mm, mw und vor allem wm) stark davon abweichen und deutlich zum ‚Durchlässigkeits‘-Pol hin tendieren. Skala 6 weist eine enorme Differenz zwischen dem Selbstbild des Mannes (definiert sich als hochgradig befangen und impotent im heterosexuellen Kontakt) und seiner Beurteilung durch die Frau (definiert ihn als äußerst geselligen und sehr hingabefähigen Menschen) auf. Das Selbstbild der Patientin liegt im Normbereich, ihr Mann sieht sie dagegen als durchaus potente Persönlichkeit, die sich im zwischenmenschlichen Kontakt zu behaupten weiß.

Aus den Einstellungsskalen M und E ergibt sich noch als interessanter Anhaltspunkt, daß beide Partner in ihren Fremdbeurteilungen auffallend häufig Extreme verwenden, was bedeutet, daß jeder von beiden den anderen affektbetonter erlebt als sich selbst.

Aus der differenzierten Analyse der Selbst- und Fremdbilder dieses Paares entlang der sechs Skalen lassen sich bezüglich der Interaktionsstruktur der Partner folgende Schlüsse ziehen:

Die Partner bestätigen einander in ihren Selbstbeurteilungen, eine positive Ausstrahlung auf ihre mitmenschliche Umgebung zu haben (Skala 1). Bei Skala 2 deutet sich ein Dissens um die Führungsposition in der Partnerschaft an. Während die Patientin sich als Mensch mit ausgeprägten Dominanzansprüchen einstuft, charakterisiert ihr Mann sie als eher fügsam und bescheiden. Er siedelt sich selbst im Normbereich an, was seine Frau mit der identischen (Fremd-)Beurteilung voll bestätigt. Bei den Skalen 3 und 4 stellt sich Einigkeit zwischen beiden über ein komplementäres Rollenverhältnis dar. Beide sind sich einig darin, daß er eher kontrollschwach und unordentlich ist, sie dagegen ein Überkontrollierter, mehr zwanghafter Menach (Skala 3). Beide stimmen relativ darin überein, daß er selten bedrückt ist und den Hauptteil seiner Aggressionen nach außen abzuleiten vermag, während sie häufig niedergeschlagen und sehr ängstlich ist und eine ausgeprägte Selbstunsicherheit im Zusammenhang mit ihrer depressiven Verfassung aufweist (Skala 4). Bei Skala 5 sind sich beide zumindest darin einig, daß der Mann keinerlei Schwierigkeiten damit hat, Liebesbedürfnisse offen auszudrücken und im Kontakt mit anderen nach innen und außen durchlässig zu sein. Doch bei der Einschätzung ihrer Persönlichkeit gehen die Meinungen auseinander. Sie hält sich selbst für verschlossen, mißtrauisch und in der Liebe wenig erlebnisfähig, er dagegen erlebt sie sogar noch durchlässiger als sich selbst. Bei Skala 6 können sich beide mehr oder weniger darauf einigen, daß die Frau im heterosexuellen Kontakt unbefangen und sehr hingabefähig ist. Aber bei der Beurteilung seiner Kontaktfähigkeit stehen die Meinungen einander diametral gegenüber: So erlebt sie ihn im zwischenmenschlichen Kontakt als sehr potente Persönlichkeit, er hingegen definiert sich als ausgesprochenen Versager.

Insgesamt betrachtet, imponieren bei diesem Paar die große Streubreite der Beurteilungsprofile bei den Skalen 2, 5 und 6 und die hohen Werte der Fremdbeurteilungen (m_w und w_m) auf der E-Skala. Dies ist zum einen ein Anhaltspunkt für das hohe Konfliktpotential in der Paardiyade und zum anderen ein Hinweis auf die Affektbetontheit der partnerschaftlichen Interaktionsformen. Auffällig ist auch die durchgängig positive Beurteilung des Mannes durch die Patientin (w_m), die als Idealisierungstendenz zu interpretieren ist, da sie in den meisten Fällen von den Selbstdefinitionen des Mannes im positiven Sinne abweicht (Skala 1, 4, 5 und 6).

4.4. IRV/GRV

Im IRV ist der Erlebnistyp der Patientin extratensiv-koartativ (B : Fb = 1 : 3), was auf eine gute affektive Ansprechbarkeit hinweist (2 FbF und 1 Bfb+). Das Einfühlungsvermögen ist schlecht (1 B : 0 FFb), die Intelligenz durchschnittlich (13 Antworten, 5 G), konkret-praktisch sich anpassend (5 G, 8 D) und ohne Neigung zu Kleinlichkeiten oder Pedanterie (weder Dd noch Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen sind sehr gut (90% F+), was für eine hervorragende Beobachtungsschärfe spricht. Das Denken zeigt keine Stereotypisierungstendenzen (46% T), bewegt sich in konventionellen Bahnen und ist an die Realität sehr stark angepaßt (31% V). Die Originalität und Plastizität des Gedankenablaufs ist gut durchschnittlich (23% Orig.⁺).

Der Erlebnistyp des Mannes im IRV ist extratensiv-stark dilatiert (B : Fb = 2 : 6^{1/2}), die Affektivität sehr lebhaft, fast launenhaft labil (2 FbF), aber nicht ohne Impulskontrolle, da noch einigermaßen stabilisiert durch gute affektive Anpassung (2 FFb) und mehr noch durch die introversiven Komponenten (2 B). Die Einfühlungsfähigkeit liegt im Durchschnittsbereich (2 B : 2 FFb). Die Intelligenz ist durchschnittlich und ohne besondere Ambitionen (10 Antworten, 7 G) mit einer gewissen Neigung zum abstrakten Theoretisieren (7 G, 3 D) und ohne pedantische Züge (weder Dd noch Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen sind unterdurchschnittlich (67% F+), was ein Hinweis auf eine affektabhängige Konzentrationsschwäche sein könnte. Das Denken zeigt keinerlei Stereotypisierungstendenzen (20% T), wenig Strukturfestigkeit und kaum intellektuelle Anpassung an die Umgebung (10% V) und schließlich sehr viel Originalität und Einfallsreichtum (40 Orig.+/-), allesamt Faktoren, die an eine künstlerisch-kreative Prädisposition denken lassen.

Bei der Verhaltensanalyse der Paarinteraktionen im GRV ergibt sich folgendes Bild: Beide Partner zeigen viel Betriebsamkeit und praktische Aktivität, keiner will dem anderen nachstehen oder ihm die Initiative überlassen. (Häufiges gemeinsames Tafelhalten, insgesamt ein Plus auf Seiten der Patientin.) Dieser partnerschaftliche Wettstreit um die Führungsposition drückt sich vor allem im qualitativen Engagement der Akteure aus: Obwohl sich der Mann im IRV/GRV-Vergleich enorm steigerte (von 10 auf 37 Vorschläge, davon 20 Neuantworten), wird er trotzdem von ihrer Ideenproduktion eindeutig überflügelt (von 13 auf 59 Deutungen, davon 28 Neuantworten und 9 Initialdeutungen). Damit läuft sie ihm in formaler Hinsicht den Führungsrang ab (Entscheid), was er jedoch durch das Erreichen

eines Patts in substantiellen Aspekten der Rangordnungskonkurrenz (Penetranz unentschieden) entsprechend relativieren kann. Die affektive Beziehungsstruktur ist sehr lebhaft und weist gegenseitige Wertschätzung auf (Beurteilungen), gleichwohl ist der Anteil an ambivalenten Beurteilungen relativ hoch und könnte auch als Indiz für den unterschwelligen Rivalitäts- und Machtkampf in dieser Zweierbeziehung gewertet werden. Die wechselseitigen Potenz- und Leistungsbeweise wirken sich dann auch auf das Problemlösungsverhalten und auf die Kooperationsfähigkeit der Partner nachteilig aus: Wiewohl das Paar nach außen hin seine Funktionstüchtigkeit unter Beweis zu stellen versteht (9 gemeinsame Produkte und ebenso viele Entscheide bei einem Versager), ist die Anzahl qualitativ guter Lösungen gering und die guter Entscheide allenfalls durchschnittlich. Dies spricht auch für die Konflikthaftigkeit des Beziehungsgefüges, in dem die Patientin mit viel Energieaufwand Dominanzansprüche geltend macht und diese auch zu einem guten Teil durchzusetzen vermag, wengleich ihr Mann Paroli zu bieten weiß und dadurch seine Ebenbürtigkeit zu reklamieren versucht.

Die erlebensanalytische Einschätzung der Paarinteraktionen (im IRV/GRV-Vergleich) erbringt folgende Ergebnisse:

Der Erlebnistyp der Patientin zeigt im IRV/GRV-Vergleich eine deutliche Zunahme auf der extratensiven Seite ($B : Fb = 2 : 7$) und ist nun extratensiv - stark dilatiert. Der Erlebnistyp des Mannes verliert an Dilatationsweite und ist jetzt extratensiv - tendenziell ambigüal ($B : Fb = 4 : 6$). Mithin erfuhr ihre affektive Verfassung eine deutliche Destabilisierung in Form von zusätzlichen 3 FFB-, 1 FbF- und 1 Fb-Komponenten, für welche die leichte Zunahme der introversiven Anteile (zusätzlich 1 B-Komponente) kein ausreichendes Gegengewicht geschaffen hat. Ihr partnerorientiertes Einfühlungsvermögen verbessert sich ($2 B : 3 FFB$) und liegt jetzt im Durchschnittsbereich, seine Einfühlungsfähigkeit introvertiert ($4 B : 1 FFB$) und verliert insofern an verschränkter Perspektive. Trotz seiner deutlichen Leistungssteigerung (von 10 auf 37 Antworten) liegt sie „um Längen“ voraus (von 13 auf 59 Antworten). Die Sukzession bleibt bei beiden unverändert geordnet, die Erfassungstypen des Paares wandeln sich aber gleichläufig vom G-D- zum G-D-Dd-Typus, was auch auf das hohe Konfliktpotential des Paares hinweist, dessen Leistungsambitionen und Qualitätsehrgeiz im gemeinsamen Problemlösungsversuch bei gleichzeitiger Zunahme der gegenseitigen Oppositionstendenzen, Kleinlichkeiten und pedantischen Züge deutlich nachlassen. Die Strukturfestigkeit ihres Denkens nimmt zugunsten eines leichten

Anstiegs der kognitiven Originalität stark ab (von 31 auf 13,5 % V, von 23⁺ auf 25,5 % Orig.⁺⁺). Seine schon vorher unterdurchschnittliche Beobachtungsschärfe und intellektuelle Anpassung gehen noch weiter zurück (von 67 auf 47% F+ und von 10 auf 5,5% V), auch nimmt der Einfallsreichtum deutlich ab (von 40 auf 27 % Orig.+/-), während sich bei ihm gleichzeitig eine starke Neigung zu stereotypisierenden Assoziationseinstellungen bemerkbar macht (von 20 auf 70 % T).

Bei der Interpretation der Deutungsinhalte der Partner entlang der zehn Tafeln (im IRV/GRV-Vergleich) sind aus psychodynamischer Sicht in bezug auf die unbewusste Interaktionsdynamik des Paares folgende Aspekte von Interesse: Die Reaktionen beider Partner auf die ungewohnte (Test-)Situation sind sowohl im IRV als auch im GRV unauffällig (Tafel I). Der Rotschock (bei Tafel II) im IRV (I.) bei der Patientin infolge der Abwehr mobilisierter sexuell-inzestuöser Phantasien wiederholt sich im GRV (G.). Im Zusammenspiel mit seiner Frau überwindet der Mann seine Ängste (I.-Versager) und setzt sich sogar mit seinem Vorschlag gegen sie durch. Bei Tafel III zeigen sich bei der Patientin unbewusste Sehnsüchte nach oral-passiver Verwöhnung im zwischenmenschlichen Kontakt (I.), bei ihrem Mann werden Störungen in der Geschlechtsrollenidentifikation und damit verbundene Unsicherheiten im heterosexuellen Kontakt deutlich (I.-Versager). Im G. deuten sich bei ihr narzisstische Rückzugstendenzen an, die er aber nicht unterstützen will. Im Streit um den besseren Vorschlag kommt es schließlich zu der paradoxen Situation, daß er gegen ihren Widerstand eine Deutung durchsetzen muß, die exakt ihrem ersten I.-Vorschlag entspricht. Bei beiden Partnern ist die Vater-Imago stark angstbesetzt (Tafel IV: I.-Versager und G.-Dunkelschock bei ihr, I.- und G.-Dunkelschock bei ihm). Im partnerschaftlichen Interagieren organisieren sich die diffusen Ängste vor der als Übermächtig erlebten Vater-Figur und nehmen konkrete Gestalt an (sie deutet einen „Riesen“, er einen „Drachen“). Der ungelöste Vater/Tochter-Konflikt weckt in der Patientin Enttäuschungswut und Frustrationsaggressionen, die sie mit einer Kastrationshaltung zu überkompensieren sucht [Komplexantwort: „Der hat ja keinen Schwanz, der Drachen.(...) Aber so klein (...) ein halber Drachen.“] Damit macht sie sich zugleich auch über ihren Mann lustig und reduziert ihn - in Stellvertretung ihres Vaters - auf einen kastrierten „unscheinbaren Drachen“, den sie schließlich als gemeinsame „Problemlösung“ bei Tafel IV akzeptieren kann. Bei Tafel V erweist sich die Lebenseinstellung der Patientin als adäquat und wirklichkeitsnahe (V-Deutung in I. und G.), dagegen ist die Einstellung ihres

Mannes zum Leben eher pessimistisch-dysphorischen Gepräges (Dunkelschock und keine V-Deutung im I.). Phallisch-genitale Triebansprüche lösen bei beiden Partnern massive Ängste aus und führen zu entsprechend starken Abwehrreaktionen (Tafel VI: Bei der Patientin Dunkelschock im I. und G., außerdem Komplexantwort im G.: „Ach das ist ja nicht so wichtig ...“ - Beim Mann Dunkelschock und Komplexantwort im I.: „Mhh ... phh ... hm ... etwas Unscheinbares“, Dunkelschock im G.). Die Patientin versucht im gemeinsamen Ringen um die beste Lösung immer wieder durch intellektualisierende Abwehr phallisch-genitale Sexualphantasien zu verdrängen. Wenn ihr Mann in dem Kontext die Konfrontation sucht, lenkt sie ab oder kastriert ihn in seiner Männlichkeit. Letztlich gibt er im buchstäblichen Sinne des Wortes klein bei. Bei Tafel VII werden bei beiden Partnern Störungen unterschiedlichen Organisationsniveaus in der Mutter/Kind-Beziehung deutlich. Während sich bei der Patientin Wunschphantasien von einem mädchenhaft-unschuldigen Verhältnis zu ihrer entlibidinisierten und idealisierten Mutter-Imago andeuten, wird dagegen beim Mann ungelöstes ödipales Konfliktmaterial mobilisiert (Dunkelschock im I.). So blendet sie im G. den „Unterteil“ (der Tafel in a-Stellung) schlichtweg aus, er hingegen versucht sich mit dieser verpönten Stelle vehement auseinanderzusetzen („Ja das ist ja ein Unsinn. Es ist ja alles da“). Darüber entbrennt offener Streit, den sie wieder einmal dadurch zu schlichten versteht, daß sie zum Schluß auf einen von ihr selbst ursprünglich geäußerten Vorschlag einwilligt. Tafel VIII weist auf beiden Seiten Immobilisierungstendenzen hinsichtlich libidinöser Triebimpulse mittels Intellektualisierung bzw. Sublimierung auf (Farbenschock im I. bei ihm). Im G. werden sodann auf seiner Seite oral-sadistische Regressionsbedürfnisse wachgerufen, die schließlich in einen Vorschlag („Ein Eingriff ins Leben, oder?“) einmünden, den sie aufgrund ihrer krankheitsbedingten assoziativen Nähe goutiert. Tafel IX läßt auf ihrer Seite eine Unfähigkeit zum künstlerisch-produktiven Gestalten erkennen, auf seiner Seite sind diffuse Ängste vor triebhaften Regungen und damit einhergehende Schuldgefühle festzustellen (Farbenschock und Versager im I. bei ihr, Farbenschock im I. bei ihm). Im G. versucht er sich mit allen Mitteln gegen ihre anal-sadistisch gefärbten Attacken zur Wehr zu setzen. Sie versucht ihn mit Hohn und Spott zu kastrieren („Hirsche im Gehege“) und treibt ihn damit zusehends in die Enge, bis er schließlich sichtlich verärgert mit einer Neuantwort der leidigen Diskussion ein Ende setzte. Bei Tafel X gibt die Patientin eine detailgetreue und differenzierte Beschreibung ihres Lebensraums ab, in dessen Zentrum ihre Krankheit

und die narzißtische Besetzung ihres Körpers stehen (Komplexantworten im I. und G. bei ihr). Bei ihm deuten sich Mißtrauen und Angst vor der Vielfalt der Details in seinem Lebensraum an, die er durch die verklärende Flucht in das Abstrakt-Symbolische zu sublimieren sucht (Überkompensierter Farbenschock im I. bei ihm). Im G. bricht wieder offener Streit aus, der eine Einigung auf eine gemeinsame Deutung unmöglich macht (Versager bei Produkt und Entscheid). Sie versucht zunächst noch im Hochgefühl ihres „Kastrationstriumphs“ (siehe Tafel IX) ambitioniert-kreativ ihrem Lebensraum-Gefühl Ausdruck zu verleihen. Er aber - weiterhin verärgert - legt sich quer, übergeht ihre Vorschläge und beharrt unnachgiebig auf seiner I.-Deutung. Daraufhin droht sie ihm erneut mit Kastration („Ja, und das sind Marsmännchen“) oder/und mit narzißtischem Rückzug auf das eigene Körper-Selbst („Und das ist mein Darm, wenn er geröntgt wird und die Kontrastflüssigkeit hineinkommt“). Aber alle diese „Manöver“ können ihn nicht umstimmen - die Kontroverse findet weiterhin statt.

4.5. Resümee

Faßt man nun die einzelnen Untersuchungsergebnisse des vierten Paares zusammen, so ergibt sich bezüglich der partnerschaftlichen Interaktionsstruktur folgendes Bild:

Jeder der Partner versucht unter Verleugnung eigener Abhängigkeits- und Regressionswünsche die autonome Machtposition in der Dyade anzustreben. Auch wenn die Patientin vordergründig in der progressiven Position der „autonomen Herrscherin“ zu sein scheint und ihr Mann scheinbar die regressive Rolle des „heteronomen Untertans“ innehat, kann dieser aufgrund seiner stabileren Persönlichkeitsorganisation letztlich doch ein Gleichgewicht der Streit-Kräfte in der Paarbeziehung herstellen. Mit ihren Kastrationsbestrebungen und ihren anal-sadistisch gefärbten Dominanzansprüchen sucht sich die Patientin in Sachen Autonomie zu profilieren und dadurch ein Stück (Pseudo-)Unabhängigkeit von ihrem Partner zu erreichen. Sie würde aber in dieser Hinsicht nie den Bogen überspannen, da ihr aufgrund ihrer starken Trennungsgänge diesbezüglich enge Grenzen gesetzt sind. Ihr Mann wiederum setzt mit analer Sthenik sein traditionelles Rollenverständnis von der maskulinen Überlegenheit überall dort konsequent in die Tat um, wo sie ihm - und sei es aus Überanstrengung oder

Erschöpfung - die Gelegenheit dazu bietet. Beide brauchen einander zur Profilierung ihrer Abwehrfunktionen. Sie versuchen im Kampf miteinander an Ich-Stärke zu gewinnen und wehren sich im kollusiven Interaktionszirkel vehement gegen die Versuchung, auf ein oral-passives Organisationsniveau zu regredieren. Diese anal-ödiplal akzentuierte Kollusion hat eine symmetrische Rollenverteilung, bei der die Partner einander mit gleichartigem Verhalten zu übertreffen suchen. Beide handeln aus der Grundphantasie heraus, den anderen maximal beherrschen und in gesicherter Abhängigkeit fixieren zu müssen, um nicht von ihm beherrscht und abhängig zu werden.

Dieses kollusive Abwehrarrangement hat aber auch seinen Preis, der für die Patientin möglicherweise zu hoch ist: Wie man an der Veränderung ihrer „Interaktionspersönlichkeit“ im GRV unschwer erkennen kann, werden bei ihr unbewußt basale Affekte mobilisiert, die eine deutliche Destabilisierung ihres Erlebnistyps nach sich ziehen. Gleichzeitig kommt es zu einem Qualitätsverlust des Erfassungstyps und der Strukturfestigkeit des Denkens. Dies alles sind Veränderungsprozesse in der psychischen Organisation, deren psychosomato gene Wertigkeit man im Augenblick noch nicht in vollem Umfang abzuschätzen vermag, denen aber doch zumindest die Valenz eines pathogenetischen Co-Faktors zugeschrieben werden sollte.

5. Paar V

5.1. Interview

- Persönliche Daten:

Morbus-Crohn-Patientin, Jahrgang 1960, verheiratet, keine Kinder, von Beruf kaufmännische Angestellte.

- Interviewsituation:

Zum Gespräch erscheint eine altersgemäß aussehende Patientin, die im interpersonalen Kontakt unsicher und gehemmt wirkt. Das Gespräch gestaltet sich streckenweise langsam und mit Pausen, in denen die Patientin schweigt und auf ein Stichwort oder eine neue Frage wartet. Insgesamt verhält sie sich passiv-zurückhaltend, eher mißtrauisch und wortkarg, kann sich aber im Laufe des Gesprächs mit der ungewohnten Situation mehr und mehr anfreunden und gibt schließlich bereitwillig und ohne Scheu Auskunft.

Der psychopathologische Status ist ansonsten unauffällig.

- Aktuelle Symptomatik:

Die Patientin berichtet, sie habe in den letzten Wochen vor ihrem stationären Aufenthalt im November 1982 bis zu fünfmal am Tag Durchfälle gehabt: „Die Durchfälle hatte ich Tag und Nacht. Die Schmerzen hatte ich unterhalb des Nabels, so krampfartig. Die waren nicht lange, aber es hat halt ab und zu recht weh getan. Ich habe es gespürt, wie sich der Darm regelrecht zusammenzog.“ Seit sie jetzt in der Klinik mit Cortison und Beruhigungsmitteln behandelt werde, habe sich ihr Allgemeinzustand deutlich gebessert. Sie habe zwar hin und wieder noch Schmerzen, aber keine Darmkrämpfe mehr und könne zur Zeit wieder alles essen.

- Pathographie:

Die Erstmanifestation ihrer Krankheit datiert die Patientin auf Mai 1982. Sie habe damals im Zusammenhang mit einer Grippe plötzlich Bauchschmerzen und Durchfälle bekommen, an einem Sonntag, als sie allein daheim war, während ihr Mann auf einem Betriebsausflug unterwegs war. Sie wäre da sowieso nicht gerne mitgefahren („weil da wird dann meistens ... na ja, wir haben ein paar dabei von der Warenannahme, die trinken dann recht viel, und da geht es dann rund. Und das mag ich auch nicht. Die werden dann immer ein bißchen ausfällig und so [...] Und das mag auch mein Mann nicht, von dem abgesehen, aber er ist halt hingefahren, weil ...“). Sie habe zwar vor dem Wochenende schon ein paar Tage lang Durchfälle gehabt, aber ohne irgendwelche Schmerzen oder Darmkrämpfe. Sie sei dann am nächsten Tag wieder in die Arbeit gegangen („Ich bin nicht der Typ, der wegen jedem Unsinn daheim bleibt“). Als sich

aber ihr Zustandsbild in den nachfolgenden vier Wochen nicht besserte („Am Anfang hatte ich bis zu fünfzehn Mal am Tag Durchfälle ...“), begab sie sich in ärztliche Behandlung („Jedenfalls bin ich damals dann zum Doktor gegangen, weil es mir zu blöde geworden ist mit den Beschwerden [...]. Der hat mir Blut abgenommen, und den Stuhlgang hat er eingeschickt, und die Blutsenkung war hoch, also ist eine Entzündung dagewesen. Und im Stuhlgang hat er was gesagt von Streptokokken.“). Sie sei dann wieder in die Arbeit gegangen, habe aber im Juni schon wieder den Arzt aufsuchen müssen: „Ich bin dann wieder zum Doktor gegangen, weil die Beschwerden nicht besser wurden. Ich bin sechsmal täglich aufs Klosett, auch in der Nacht bis zu dreimal. Ich habe weiter Bauchschmerzen gehabt und Krämpfe.“ In der Folgezeit sei es ihr nur während des Urlaubs im August besser gegangen: „Ich war da mit meinem Mann daheim. Drei Wochen lang haben wir Urlaub gehabt. [...] Da ist es eigentlich ... na ja, schon gegangen. Es war schon besser. Ich habe schon ab und zu Bauchweh gehabt und bin dann auch aufs Klo gegangen, aber es war besser. [...] Ich ging dann wieder in die Arbeit, und das mit meiner Krankheit ging dann so dahin.“ Schließlich wurde sie im November in die Klinik eingewiesen, nachdem ihr Zustand unverändert schlecht geblieben war: „Ich habe so vor vier Wochen dann schon einmal gesagt, jetzt mag ich dann nicht mehr, jetzt gehe ich nämlich ins Krankenhaus, weil jetzt langweilt es mich auf die Dauer. Der Durchfall hat mich gar nicht so belastet, bloß oft das Bauchweh, und wenn ich auf dem Klosett war, das war an sich angenehm, nur halt die Schmerzen.“

- Biographie:

Ihre Mutter habe während der Schwangerschaft bis zum vierten Monat wegen ständigen Erbrechens eine Dünndarmsonde liegen gehabt. Die Patientin berichtet, sie sei ein Achtmonatskind gewesen und habe mit einem halben Jahr eine Pneumonie bekommen. Sie sei normal gestillt worden und habe alle weiteren frühkindlichen Reifungsstadien normal durchlaufen („Meine Mama hat mir einmal erzählt, daß ich ziemlich lange gebraucht habe, aus der Flasche zu trinken.“). Sie sei ein sehr lebhaftes Kind gewesen, das von der Mutter „grundsätzlich jeden Tag gebadet worden [ist], auch wenn ich nicht schmutzig war“. Ihre Eltern seien immer sehr akkurat und ordentlich gewesen und hätten es mit der Sauberkeitserziehung immer sehr genau genommen („Wenn ich dann auf dem Spielplatz war und bin heimgekommen voller Sand, hat sie mich zuerst einmal in eine Schachtel hineingestellt, und da habe ich mich ausziehen müssen, weil die mag den Sand nicht.“)

Und dann gleich in die Badewanne hinein."). Mit sieben Jahren wurde sie eingeschult, nach acht Klassen Volksschule machte sie als Fünfzehnjährige den Hauptschulabschluß. Gerne sei sie nicht in die Schule gegangen, weil ihr das Lernen keinen besonderen Spaß bereitet habe. Sie ist das jüngste von vier Kindern, hat noch eine 42jährige Schwester, einen 40jährigen Bruder und einen 30jährigen Bruder, mit dem sie sich am besten verstanden habe und der auch später immer auf sie aufgepaßt habe („Der war auf meinen Mann am Anfang, als wir uns kennengelernt haben, sehr eifersüchtig."). Insgesamt sei das Verhältnis zu ihren Geschwistern auch heute noch recht gut. Die Beziehung zwischen ihr und ihren Eltern (Vater 68, Mutter 62 Jahre) sei nach wie vor sehr intensiv („Meine Eltern sind auch oft bei mir auf Besuch. Ich bin auch jeden Sonntag beim Mittagessen bei meinen Eltern [...]. Wenn ich mal Schwierigkeiten habe im Geschäft oder so oder mit meinem Mann eine Auseinandersetzung gehabt habe, dann gehe ich zu meiner Mama. Ich habe vor beiden Respekt."). Ihr Vater sei mehr ruhig, ernst und streng, die Mutter dagegen eher lustig und sehr freigebig, aber auch sehr akkurat. Die Kinder seien von der Mutter alle gleich behandelt worden, sie selbst sei nicht das Nesthäkchen der Familie gewesen („Nein. Sie behandelt also ... alle gleich. Ja, aber sagen wir mal so, ich hänge an meinen Eltern. Sehr. Ich habe ein sehr enges Verhältnis zu ihnen."). Die Mutter habe auch das Sagen in der Familie und könne besser als der Vater mit dem Geld umgehen. Auch sei sie sehr auf Sauberkeit bedacht: „Die hat da so komische Ansichten mit dem ..., nun, die duscht jeden Tag. Mit dem Klo ... und mit diesen Sachen halt. Da hat die ... also auf ein fremdes Klo gehen und so oder hinsetzen, also, das macht sie nicht. Mein Mann sagt da schon auch oft, daß ich das von meiner Mutter geerbt habe den Putzfimmel, weil ich bin da auch ..., also wirklich, ich will mich da jetzt nicht hochheben oder was, aber ich bin da furchtbar akkurat, ich mag das nicht. Ich kann mir nicht helfen, aber ich mag das nicht, wenn da was nicht sauber ist. [...]. Ich putze auch ... also sooft ich frei habe, putze ich regelmäßig meine Sachen und ... das muß schon ... und jetzt sind auch die vierzehn Tage auf Station, da muß ich ehrlich zugeben, das ist auch das, was mich wurmt. Denn daheim ... na ja, weil mein Mann das doch nicht so ... na ja, ein Mann, der ..."

Ihre Mutter habe sie dann auch aufgeklärt, als sie mit etwa dreizehn Jahren zum ersten Mal ihre Menstruation hatte („Sexualität und so hat mich auch gar nicht interessiert."). Mit siebzehn Jahren habe sie auf dem Weg zu ihrer Arbeitsstätte - sie war damals als Verkäuferin tätig - ihren ersten Freund

und späteren Ehemann kennengelernt („Dann bin ich zum Frauenarzt gegangen, da war meine Mutter dabei, und dann habe ich die Pille genommen.“). Mit siebzehneinhalb Jahren verlobte sie sich, mit neunzehn Jahren heiratete sie. Danach zog das Paar in das in der Zwischenzeit gebaute Eigenheim ein („Jeder von uns beiden hat bis dahin bei seinen Eltern gewohnt. Von da an haben wir dann auch gemeinsam in P. im Baumarkt gearbeitet, wo wir immer zusammen hinfahren mit dem Auto.“). Der Auszug aus dem elterlichen Haus sei ihr damals recht schwergefallen: „Ja, ich meine, ich habe meine Mutter, also meine Eltern, oft angerufen. Ich habe sie auch oft gesehen und so, und dann habe ich mir einen Hund gekauft, daß ich da besser darüber hinwegkommen, und ich hänge an dem Tier furchtbar.“ Seit drei Jahren arbeitet sie nun als Kassiererin in einem Baumarkt, in dessen Verkaufsabteilung ihr Mann beschäftigt ist. Sie arbeitet vier Tage in der Woche, täglich „zehn Stunden an der Kasse bei einer halben Stunde Mittag“. Dabei muß das Geld in der Kasse genau stimmen: „Wenn es nicht stimmt, mußt du es zahlen. Wenn wir am Abend das Geld abgeben, muß es stimmen. Sonst müssen wir die Differenz zahlen. Das steht im Arbeitsvertrag.“

- Psychodynamische Aspekte:

Als die Patientin geboren wurde, war ihre Mutter vierzig Jahre, ihr Vater 46 Jahre alt. Das übermäßige Schwangerschaftserbrechen (Hyperemesis gravidarum) ihrer Mutter ist wohl als körperlicher Ausdruck einer unbewußten Abwehr gegenüber dieser Schwangerschaft (eventuell aus Altersgründen oder aus Angst vor Erbleiden etc.) zu interpretieren. In diesen Kontext ist auch die verfrühte Geburt der Tochter (Achtmonatskind) einzuordnen. Die Pneumonie der Patientin mit einem halben Jahr steht gleichsam in einer psycho-somatischen Ergänzungsreihe mit der unbewußten mütterlichen Ablehnung des Kindes, mit dessen körperlichem Entwicklungsrückstand infolge der Schwangerschaftskomplikationen (Schwächung der Immunabwehr) und dem damit verbundenen erhöhten Erkrankungsrisiko für Infektionskrankheiten. Vermutlich erfolgte dann im Rahmen einer mütterlichen Reaktionsbildung eine orale Verwöhnung der Tochter („Ich bin normal gestillt worden. Meine Mama hat mir einmal erzählt, daß ich immer ziemlich lange gebraucht habe, aus der Flasche zu trinken“), die den pathogenetischen Grundstein für die spätere Elternfixierung und die massiven Trennungsängste der Patientin gelegt hat. Die ausgeprägte Zwanghaftigkeit der Eltern, insbesondere die „Analität“ der Mutter, trug dann

- auch im Sinne der Symptomtradition („Ja ... ich selber, ich finde das für richtig, aber andere sagen oft zu mir: du mit deinem Putzfimmel, du über-treibst es aber.“) - das Ihre dazu bei, daß die entwicklungsnotwendigen Reifungsschritte in der Loslösungs- und Individuationsphase arretiert wurden. Höhere Antriebskategorien (d.h. motorisch-aggressive und sexuelle Potentiale) mußten darunter notwendigerweise Schaden nehmen. Angesichts dieser biographi-schen Entwicklung überrascht es aus tiefenpsychologischer Sicht keineswegs, daß der erste „intime“ Freund („Ich habe ihn immer auf die Probe gestellt so ungefähr“) zum Mann fürs Leben genommen wurde - die alsbaldige Hochzeit (mit 19 Jahren) und der sich anschließende Umzug in das eigene Haus sowie das gemeinsame Arbeiten am selben Arbeitsplatz stellten an sich dann nur noch die konsequente Realisierung des „analn Planziels“, nämlich die Herstellung einer perfekten konventionellen Paaridylle, dar. Dies kam aber einer vorzeiti-gen Selbstausstoßung aus der Elterngebundenheit gleich, die Trennungsängste und Verlassenheitsgefühle zur Folge hatte (Ja [...], ich habe meine Mutter, also meine Eltern, oft angerufen. Ich habe sie auch oft gesehen...“). Zur Angstreduktion mußte ein Hund im Sinne eines Übergangs-Objektes als Trost-spender wertvolle Dienste leisten („Und dann habe ich mir einen Hund ge-kauft, daß ich da besser darüber hinwegkomme...“). Schließlich ereilte die Patientin ein grippaler Infekt im Verbund mit einer Darmaffektion, und vor diesem Hintergrund leib-seelischer Destabilisierung ereignete sich die eigentliche krankheitsauslösende Situation: Der Betriebsausflug des Mannes in Gesellschaft mit Kolleginnen, die unter Alkoholeinfluß zu Ausfälligkeiten neigen („Solche Sachen mag ich nicht. Und das mag auch mein Mann nicht [...], aber er ist halt hingefahren, weil ...“) und von denen die meisten ledig sind. Die dadurch reaktualisierten Objektverlustängste, die über projektive Re-duplikation abgewehrt werden (Auf die Frage des Interviewers nach einem möglichen Flirt zwischen ihrem Mann und einer Kollegin antwortete die Patien-tin: „Nein, nein. Da bin ich mir hundertprozentig sicher, weil ich das auch nicht mache.“), führten zur psychosomatischen Regression und schließlich zur resomatisierenden Desorganisation der körper-seelischen Integrität.

5.2. PSKB

Die Auswertung des 'Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befundes' von Frau T. ergab bei der diagnostischen Einordnung des Verteilungsmusters der PSKB-Merkmale ein neurotisches Mischbild mit depressiv-zwanghaftem Strukturschwerpunkt (siehe PSKB-Ergebnistabelle im Dokumentations-Teil).

5.3. GT

Die globale Einschätzung der Fremd- und Selbstbeurteilungen des fünften Paares weisen im Vergleich mit den Referenzprofilen folgende Abweichungen bzw. Besonderheiten auf: Bei Skala 1 weichen die Beurteilungen des Paares (mit Ausnahme des männlichen Selbstbildes, das im Normbereich angesiedelt ist) stark nach rechts zum 'PR'-Pol ab, was bedeutet, daß sich die Partner mehr oder weniger als sozial anerkannte, beliebte und in der Arbeit geschätzte Individuen definieren. Auch bei Skala 2 ist mit Ausnahme des männlichen Fremdurteils (mw liegt im Referenzprofil-Bereich) eine deutliche Abweichung der Beurteilungen in Richtung 'Gefügigkeits'-Pol festzustellen, das heißt, die Partner halten sich für geduldige und gefügte Menschen, die selten in Auseinandersetzungen mit anderen verstrickt sind. Bei Skala 3 ('unterkontrolliert' versus 'überkontrolliert') bewegen sich die Beurteilungen des Paares allesamt im Referenzprofil-Bereich, der sich in dem Fall weitgehend mit dem Normbereich deckt. Skala 4 weist wiederum eine auffällige Abweichung der Paar-Urteile (besonders der beiden Selbstbilder und des männlichen Fremdurteils) von den Referenzprofilen in Richtung 'Hypomanie'-Pol auf. Bei Skala 5 findet sich allein die Selbstdefinition des Mannes im Referenzprofil-Bereich vor, alle anderen Beurteilungen tendieren in mehr oder weniger starker Ausprägung in die entgegengesetzte Richtung zum 'Durchlässigkeits'-Pol hin. Skala 6 zeigt die Selbst- und Fremdbilder des Paares in enger Gruppierung im erweiterten Normbereich lokalisiert. Mit Ausnahme von Skala 3 ist hier die Abweichung von den Referenzprofilen noch am geringsten ausgeprägt. Aus den Einstellungsskalen -M- und -E- ergeben sich interessante Hinweise auf die affektive Verfassung der Partner bei der Selbst- und Fremdbeurteilung: Während die Patientin sowohl beim Selbstbild (ww) als auch beim Fremdbild (wm) 13 bzw. 19 Extremmarkierungen bei jeweils null unentschiedenen Ankreuzungen in der Mitte aufweist, zeigt ihr Mann im Selbst- und Fremdbild einen eindeutigen Trend zur

Mitte (mm = 18 M und 13 E, mw = 14 M und 10 E). Dies erlaubt die Schlußfolgerung, daß die Patientin - weitaus mehr als ihr Mann - sich selbst und ihren Partner affektbetonter erlebt und daß sich beim Ehemann in seinem 'Hang zur Mitte' ein anpassungsorientiertes Normalitätsverhalten unbewußt widerspiegelt.

Bei der differenzierten Analyse der Selbst- und Fremdbeurteilungen dieses Paares entlang der sechs Skalen ergibt sich folgendes Bild: Die Partner definieren sich - mit Ausnahme des männlichen Selbstbildes - als sehr attraktive und durchsetzungs-fähige Menschen (Skala 1), die ihre persönlichen Interessen kontrolliert und ad-äquat zu verwirklichen wissen (Skala 3) und im heterosexuellen Kontakt gesellig und hingabefähig sind (Skala 6). Bei Skala 2 stellt sich das Paar zwar insgesamt als sehr angepaßt und fügsam dar, trotzdem scheinen die Partner diese Wesenszüge in unterschiedlichen Ausprägungsgraden zu besitzen, so daß es innerhalb ihres Beziehungsgefüges zu einer Einigung auf ein (relativ) komplementäres Rollenverhältnis gekommen ist: Danach hat die Patientin eine relativ dominante Position inne, während ihr Mann sich als äußerst gefügigen und nachgiebigen Menschen definiert. Auch bei Skala 5 stellt sich Einigkeit zwischen beiden über ein relativ komplementäres Rollenverhältnis dar: Während die Patientin ein sehr vertrauensseliges und aufgeschlossenes Wesen zu haben scheint, dürfte ihr Mann hingegen eher verschlossen und mißtrauisch sein. Bei Skala 4 definiert sich die Patientin ähnlich wie ihr Mann als ein völlig angstfreies, autonomes und seine Aggressionen immer nach außen abführendes Individuum, das in seinem Partner einen ausgeglichenen und selbstkritischen Menschen gefunden zu haben glaubt (wm). Bei der Zusammenschau der einzelnen Urteilsprofile fallen vor allem die enorme Fassadenhaltung und die ausgeprägte Anpassungs- und Beschönigungstendenz beider Partner auf (Skala 1, 4, 5 und 6). Dabei spielen Ich-Ideal-Projektionen (vor allem beim Selbstbild der Patientin), Idealisierungsprozesse im Sinne der wechselseitigen projektiven Verschiebung von positiven Selbst-Aspekten (beide Fremdbilder) und nicht zuletzt eine durch rigide Über-Ich-Zäsuren kalibrierte Verhaltensnormalität eine maßgebliche Rolle in der unbewußten Steuerung der partnerschaftlichen Wahrnehmungs- und Urteilsprozesse.

5.4. IRV/GRV

Im IRV ist der Erlebnistyp der Patientin koartiert ($B:Fb = 0:1/2$), das bedeutet, keine introversiven und kaum extratensive Komponenten. Insofern ist die affektive Schwingungsbreite sehr begrenzt, die Affektivität durch übermäßige Impulskontrolle

und zwanghafte Affektisolierung starr und unbeweglich. Das partnerbezogene Einfühlungsvermögen ist unterentwickelt (0 B : 1 FFb), die Intelligenz liegt im unteren Normbereich (9 Antworten, 5 G), auf das Konkret-Praktische ausgerichtet (5 G, 4 D) und ohne pedantische Züge (weder Dd noch Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen sind unterdurchschnittlich (62,5% F+), wohl ein Zeichen für mangelhafte Beobachtungsschärfe. Das Denken zeigt eine starke Neigung zu stereotypisierenden Assoziationseinstellungen (55,5% T), ist stark an die Umgebung angepaßt und sehr oberflächlich (67% V), dabei ohne Originalität und Einfallereichtum (0% Orig.).

Der Erlebnistyp des Mannes im IRV ist egozentrisch-extratensiv (B : Fb = 0 : 2 1/2), also eine durchaus reizbare, reaktionsbereite Affektivität (1 Fb), die aber nicht launenhaft labil, sondern durch gute affektive Anpassung (2 FFb) ausreichend stabilisiert ist. Aufgrund des Ausfalls der introversiven Seite (0 B) fehlt der affektiven Modulation die notwendige „Erdung im Inneren“, so daß die partnerorientierte Einfühlungsfähigkeit zu wünschen übrigläßt (0 B : 2 FFb). Die Intelligenz ist mäßig bzw. unentwickelt (6 Antworten, 6 G), potentiell mehr zur Abstraktion und weniger zur Konkretion fähig (6 G, 0 D), dabei ohne Kleinlichkeiten und Pedanterie (weder Dd noch Do noch DZw). Die Formen sind optimal (100% F+), was für eine hervorragende Beobachtungsschärfe spricht. Das Denken zeigt keinerlei Stereotypisierungstendenzen (16,5% T), ist wenig an die Umgebung angepaßt (16,5% V) und ohne jede Originalität bzw. Plastizität (0% Orig.).

Bei der Verhaltensanalyse der Paarinteraktionen im GRV ergibt sich nach Aufteilung der Interaktionsstruktur in verschiedene Verhaltensparameter folgendes Bild: Bei diesem Paar beherrscht der Mann eindeutig das Geschehen. Er ist es, der alle Aktionen des Paares bestimmt und lenkt (10 Punkte beim Tafelhalten). Die Patientin akzeptiert seine klare Führungsposition (8 1/2 Punkte beim Entscheid) ohne Widerspruch und kann dabei in qualitativer Hinsicht sogar ein Gleichgewicht herstellen (Penetranz unentschieden), gleichwohl nimmt ihre Ideenproduktion im Vergleich zum IRV ab (Vorschlagszahl sinkt von 9 auf 8 bei 2 Neuantworten), während er sich im Rahmen seiner begrenzten Möglichkeiten auszubreiten versucht (Vorschlagszahl steigt von 6 auf 8 bei 5 Neuantworten). Dies spricht dafür, daß das auf niedrigem Niveau befindliche substantielle Gleichgewicht in der partnerschaftlichen Rangordnungsdynamik (2 : 2 - Penetranzpunkte) sich weniger ihrem qualitativ gleichwertigen Durchsetzungsvermögen verdankt, sondern vielmehr auf ihre Zurückhaltung und Anpassung an seine qualitative Insuffizienz zurückzuführen ist. Der affektive Beziehungsstil der Partner reflektiert eindrucksvoll die Rollenverteilung bei diesem Paar: Beide Partner haben offensichtlich Angst, durch zu viele affektive

Stellungnahmen die vorgebliche Harmonie in ihrer Beziehung gefährden zu können (5 Beurteilungen bei ihr, 6 Beurteilungen bei ihm). Ihre Unfähigkeit zur ‚Konfliktlösung‘ - i.e. im GRV ‚Problemlösung durch Einigung auf eine gemeinsame Deutung‘ - äußert sich in der rigid-starren Emotionslosigkeit ihrer Interaktionsformen, bei denen der Mann durch häufige eigenmächtige Entscheide (7 ‚schlechte Entscheide‘) eventuelle konfliktträchtige Diskussionen von vornherein unmöglich macht und bei denen die Patientin meist kommentarlos diese Entscheidungen hinnimmt. Interessant ist dabei auch die Relation zwischen positiven und negativen Beurteilungen, die bei einer gesunden und lebendigen Partnerschaft ungefähr in einem Verhältnis von 2:1 vorkommen (vgl. Willi 1973, S.44). Bezeichnenderweise formuliert der Mann genauso viele negative wie positive Beurteilungen, während die Patientin ausschließlich unterstützende Bemerkungen äußert. Dies illustriert einmal mehr die dominante Rolle des Mannes in der Partnerschaft und veranschaulicht zugleich die dazu in komplementärem Verhältnis stehende heteronome Rolle der Frau, deren aggressionsgehemmter Beziehungsstil als Reaktion auf seine Dominanzansprüche zu interpretieren ist.* Das Problemlösungsverhalten des Paares ist unter diesen Umständen entsprechend schlecht. Die Qualität der Kooperationsfähigkeit wird durch die „Entscheidungsfreudigkeit“ des Mannes auf ein Minimum reduziert (bei insgesamt 9 Entscheidungen nur 2 von guter Qualität), was noch durch die geringe Anzahl an gemeinsamen Deutungen und besonders durch die wenigen guten Produkte (bei insgesamt 4 Produkten nur 3 von guter Qualität) unterstrichen wird.

Bei der erlebensanalytischen Einschätzung der Paarinteraktionen im IRV/GRV-Vergleich sind folgende Veränderungen festzuhalten: Der Erlebnistyp der Patientin bleibt unverändert koartiert ($B:Fb = 0:1/2$), auch die innere Struktur der extratensiven Seite ist gleich geblieben (1 FFb). Der Erlebnistyp des Mannes zeigt dagegen eine deutliche strukturelle Verbesserung. Die egozentrische Komponente fiel zugunsten einer Koartationsbewegung weg, die zu einer Umgestaltung des Extrantension/Introversion-Verhältnisses führte und mithin zu einem Zuwachs an Erlebnisfähigkeit ($B:Fb = 1:3$). Sein Einfühlungsvermögen nimmt dadurch zu ($1B:3FFb$), ihre Einfühlungsfähigkeit bleibt unverändert schlecht ($0B:1FFb$). Wie schon erwähnt, steigt seine Ideenproduktion (von 6 auf 8 Antworten), während ihr Engagement darunter abnimmt (von 9 auf 8 Antworten). Die Sukzession ist bei

* In diesem Kontext sei nochmals auf die GT-Ergebnisse dieses Paares verwiesen (s. B II. 5.3. in dieser Arbeit). Dort bestand nämlich Einigkeit zwischen den Partnern, daß innerhalb ihres Beziehungsrahmens die Frau eher dominant, der Mann hingegen sehr gefügig sei (Skala 2). Der Vergleich mit den GRV-Ergebnisse verifiziert jetzt die dort bereits vermuteten Projektions- und Idealisierungsvorgänge bei den Selbst- und Fremdbeurteilungen, die offenkundig zu einer diametralen Verkehrung der wahren (i.e. GRV-) in die projizierten (i.e. GT-) Rangordnungsverhältnisse führten.

beiden weiterhin geordnet, dagegen weisen beide Erfassungstypen weniger Qualitäts-
ehrgeiz auf (bei ihm vom G-Typus zum G-D-Typus, bei ihr vom G-D-Typus zum
G-D-(Dd)-Typus). In der partnerschaftlichen Interaktion nehmen bei beiden die
Beobachtungsschärfe und die Konzentrationsfähigkeit ab (bei ihm von 100 auf
67 % F+, bei ihr von 62,5 auf 57 % F+), gleichzeitig ist auf beiden Seiten
eine Zunahme an Denkstereotypen festzustellen (bei ihm von 16,5 auf 37,5 % T,
bei ihr von 55,5 auf 62,5 % T). Dabei gewinnen seine Denkabläufe an Struktur-
festigkeit, während diese bei ihr relativ abnimmt (bei ihm von 16,5 auf 37,5 % V,
bei ihr von 67 auf 50 % V). Offensichtlich scheint dieses Kommunikationsklima
auch keine belebenden Impulse für die Entstehung kreativ-innovativer Ideen
freizusetzen, denn beide Akteure zeigen - wie schon im IRV - keinerlei ko-
gnitive Originalität (bei ihm und bei ihr nach wie vor 0 % Orig.).

Bei der Interpretation der Deutungsinhalte der Partner im IRV/GRV-Vergleich
kommen folgende psychodynamisch relevante Aspekte der unbewußten Beziehungs-
dynamik dieses Paares zum Vorschein: Bei Tafel I reagieren beide Partner auf
die neue (Test-)Situation ängstlich und unsicher (bei beiden Dunkelschock im
IRV). Bei ihr deutet sich eine basale Störung in der Selbstwertregulation an,
er zeigt latente Größenideen als Folge mangelnden Selbstvertrauens (siehe
IRV/I.). Im Paarversuch wird eine Einigung auf eine gemeinsame Deutung durch
seinen eigenmächtigen Diskussionsabbruch unmöglich gemacht (siehe GRV/G.).
Bei Tafel II wird auf ihrer Seite die narzißtische Besetzung des eigenen
Körpers erwähnt, auf seiner Seite müssen sexuell-inzestuöse Phantasien mit
aller Kraft abgewehrt werden (bei ihr Rotschock und 22 % Anat.-Deutungen und
bei ihm ein Versager im I.). Hier stimmt er ihrem Vorschlag sofort zu, weil
er dadurch einer möglichen Thematisierung seiner spezifischen Ängste (Versager!)
bequem aus dem Weg gehen kann (G.). Tafel III zeigt ihre Unsicherheiten in der
Geschlechterrollenidentifikation und seine ausgeprägten Hemmungen im hetero-
sexuellen Kontaktbereich auf (bei ihr Rotschock und bei ihm ein Versager im
I.). Im gemeinsamen Problemlösungsversuch wehrt sie ihre Zweifel an der eigenen
Weiblichkeit projektiv ab und kreiert im Rahmen eines kastrativ legierten Kom-
pensationsversuchs sogar eine Neuantwort. Er versucht diese „Attacke“ noch et-
was zu entschärfen und beendet dann wieder die Diskussion, ohne auf Rückmeldung
von ihr gewartet zu haben (G.). Tafel IV verrät auf beiden Seiten ungelöste
Vaterkonflikte und eine stark angestbesetzte Vater-Imago (bei beiden Dunkel-
schock im I.). Gemeinsam kommen sie zu keiner Einigung auf einen Vorschlag,
weil er in gewohnter Manier die Diskussion abrupt beendet (G.). Tafel V

läßt bei der Patientin eine realistische Lebenseinstellung (V-Deutung im I.) und bei ihrem Mann ein mehr pessimistisch-dysphorisch gefärbtes Daseinsgefühl (Dunkelschock im I.) erkennen. Bezeichnenderweise übergeht er im gemeinsamen Versuch völlig ihren (I.-)Vorschlag, obwohl auch er dieselbe Deutung im I. formuliert hatte. Er zieht es vielmehr vor, mit einer Neuantwort in Opposition zu gehen, um dann ohne Rücksprache mit ihr den Dialog einzustellen (G.). Bei Tafel VI werden bei der Patientin Sexual- und Penetrationsängste erkennbar, ihr Mann wehrt seine angstbesetzten phallisch-genitalen Phantasien total ab (bei ihr Dunkelschock und Komplexantwort und bei ihm ein Versager im I.). Erwartungsgemäß ist eine gemeinsame Problemlösung unter diesen „Umständen“ nicht möglich. Sie versucht ihren I.-Vorschlag durchzubringen, stößt dabei aber auf seinen energischen Widerstand und hat sich dann wieder einmal seiner einsamen Entscheidung zu fügen (G.). Bei Tafel VII deuten sich bei ihr versteckte Idealisierungstendenzen gegenüber einer entlibidinisierten Mutter-Imago und daraus resultierende Hemmungen im Kontakt mit anderen Frauen an, bei ihm wird ein starker Ambivalenzkonflikt in seiner Mutterbeziehung (i.e. Aufspaltung der Mutter-Imago in „romantische“ und „dunkle“ Anteile) erkennbar (bei beiden Dunkelschock im I.). Im G. rücken die angstbesetzten Anteile seiner Mutter-Imago in den Vordergrund. Ohne auf eine Reaktion seiner Frau zu warten, schließt er in üblicher Weise ab (G.). Bei Tafel VIII zeigt sich auf seiten der Patientin in vager Form ödipales Konfliktmaterial, auf seiten ihres Mannes ist die massive Abwehr von bedrohlich wirkenden Triebregungen offenkundig (bei ihm Versager im I.). Im gemeinsamen Versuch kann er - durch ihren Ansatz inspiriert - seine initiale Angst überwinden und in Form einer Neuantwort seinem ungelösten Ödipuskonflikt Ausdruck verleihen (bei ihm larvierter Farbenschock im G.). Bei Tafel IX wird offenbar, daß beide Partner zu einer kreativ-künstlerischen Lebensgestaltung nicht imstande sind (bei beiden Versager im I. und G.). Tafel X zeigt das Unbehagen beider auf, sich mit ihrem persönlichen Lebensraum in konfliktfähiger und differenzierter Weise auseinanderzusetzen (bei ihr Versager und bei ihm Farbenschock im I., Farbenschock bei beiden im G.).

[Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß das Paar den GRV in 4 min (1) absolvierte, was vor allem auf die schon erwähnte „Entscheidungsfreudigkeit“ des Mannes zurückzuführen ist.]

5.5. Resümee

Aus der Zusammenschau der einzelnen Untersuchungsergebnisse resultiert im Hinblick auf das akzentsetzende Interaktionsmuster der Partner folgendes Gesamtbild:

Bei diesem Paar handelt es sich um eine anal-sadistische Kollusion, deren zentrales Beziehungsthema die „Liebe als Einander-ganz-Gehören“ ist und bei der die Partner in komplementären Rollen den gemeinsamen unbewußten Grundkonflikt austragen. Das gemeinsame Verständigtsein auf den gleichartigen Grundkonflikt begünstigt in dieser Partnerbeziehung auf seiten des Ehemannes progressive (überkompensierende) und auf seiten der Patientin regressive Selbsteilungsversuche. Jeder erhofft sich vom anderen die Befriedigung seiner unerhörten Bedürfnisse und Wunschvorstellungen und glaubt dadurch von seinem Grundkonflikt erlöst zu werden. Dabei befindet sich der Mann in der Position des „autonomen Herrschers“ und macht sich die Frau zum „heteronomen Untertan“. In diesem kollusiven Abwehrarrangement versucht der aktive Partner unter Verdrängung und Delegation seiner Trennungsängste und Abhängigkeitswünsche (auf den Partner) zu unangefochtener Herrschaft und Autonomie zu progredieren, während sich der passive Partner unter Verdrängung und Delegation seiner eigenen Autonomiewünsche freiwillig in gefügte Abhängigkeit vom anderen begibt und sich dadurch gegen seine Objektverlustängste regressiv abzusichern versucht. Die Wechselbeziehung von progressivem und regressivem Abwehrverhalten determiniert zum größten Teil die Attraktion der Partner und ihre dyadische Verklammerung zum Zweck des kollusiven Selbsteilungsversuches. Daß aber dieses Abwehrsystem im Konfliktfall (i.e. GRV) äußerst störanfällig ist und letztlich auf Kosten der Patientin seine (zweischneidige) Funktionstüchtigkeit aufrechterhält, ist bereits ausführlich dargestellt worden (siehe unter Punkt 5.4.).

6. Paar VI

6.1. Interview

- Persönliche Daten:

Morbus-Crohn-Patientin, Jahrgang 1956, ledig, keine Kinder, von Beruf Wirtschaftskorrespondentin.

- Interviewsituation:

Zum Gespräch erscheint eine jünger aussehende Patientin, die im interpersonalen Kontakt kooperativ und offen wirkt. Das Gespräch verläuft sehr flüssig und ohne lange Pausen, da die Patientin wortgewandt und bereitwillig Auskunft gibt. In der Interviewsituation macht sie einen ungezwungenen Eindruck und ist sichtlich gut gelaunt, weil sie zuvor von ihrer baldigen Entlassung erfahren hat. Der psychopathologische Status ist unauffällig.

- Aktuelle Symptomatik:

Die Patientin berichtet, sie sei im Augenblick schmerzfrei und fühle sich recht wohl. Vor zwei Wochen wurde sie wegen eines akuten Abdomens in die chirurgische Ambulanz der Poliklinik eingewiesen („... mit Beschwerden wie einem aufgeblähten Bauch - ich habe gedacht, ich bin im dritten Monat - und Schmerzen, wie wenn man ein sehr starkes Abführmittel nimmt, und dann dieses Ziehen [...], so krampfartig ging das. Wie so tausend Nadeln, die in den Bauch stechen und dann so runter in die Leiste ziehen [...]. Aber immer nur eben sporadisch, also kein Dauerschmerz [...], und dann war mein Leukocytenbild innerhalb von einer Stunde von 9000 auf 13000 [...]. Am Abend wurde ich noch operiert mit dem Verdacht auf akute Blinddarmentzündung“). Doch stellte sich dabei heraus, daß bei der Patientin schon 1974 eine Appendektomie - im Zusammenhang mit einer rechtseitigen Ovariectomie - durchgeführt worden war. Gleichwohl konnte auf diese Weise die Diagnose Morbus Crohn einwandfrei gestellt werden. Die internistische Spezialbehandlung wurde dann im Klinikum Großhadern durchgeführt: „Als ich eine Woche später hier im Klinikum endlich gelandet bin, hatte ich keine Schmerzen mehr. Keinen Blähbauch,

nichts mehr [...]. Es ist halt ein typischer Morbus Crohn, es ist nicht krebsig, ist auch kein Tumor. Die Entzündung, sagte der [Arzt], ist aber ganz gewaltig, das war so ein richtiger Schub und muß weiterhin behandelt werden. Als Medikament bekomme ich in Zukunft Clont, das ein Antibiotikum ist, das man längere Zeit nehmen kann, so daß dadurch die Entzündung genommen wird."

- Pathographie:

Die ersten Beschwerden sind zwei Tage vor der Einweisung der Patientin in die Chirurgie akut aufgetreten („Vorher hatte ich nie Beschwerden, vielleicht insofern, daß ich schlecht auf ... also schlechten Stuhlgang hatte, schlecht auf die Toilette konnte, und öfter mal also mehr so Verstopfung."). Sie hatte ein starkes Völlegefühl, einen Blähbauch, Obstipation und massive Schmerzen („Es ist mir da so durch den Magen gefahren, ist, wie wenn ich dachte ... also ich kann es immer nur erklären mit starken Abführmitteln, weil es einem auch so durch den Magen fährt."). Am nächsten Tag konnte sie vor Schmerzen kaum aufrecht stehen („Wenn ich in eine senkrechte Haltung ging, hatte ich solche Schmerzen, daß ich dachte, ich breche in der Mitte auseinander."). Bei der gynäkologischen Untersuchung konnte außer einer erhöhten Temperatur (38,5°C) kein pathologischer Befund erhoben werden. Bei der anschließenden chirurgischen Untersuchung wurde der Verdacht auf Ileus geäußert. Es wurde ihr ein Klistier verordnet und empfohlen, am nächsten Tag einen Internisten aufzusuchen („Am nächsten Tag bin ich zu meinem Hausarzt, ein sehr guter Internist [...], der hat mir zum ersten Mal Blut abgenommen. Da wurden stark vermehrte Leukocyten festgestellt. Er überwies mich noch am gleichen Vormittag [...] in die chirurgische Ambulanz der Poliklinik [...]. Am Abend wurde ich noch operiert mit dem Verdacht auf akute Blinddarmentzündung."). Einen Tag nach der Operation wurde ihr die Diagnose ‚Morbus Crohn‘ mitgeteilt („Und da war ich zuerst einmal geschockt. Dann habe ich nur noch geheult. Wenn man denkt, man hat alles hinter sich, und dann erfährt man so was, und dann konnte ich mir darunter doch nichts Großartiges vorstellen, mein Krankenhauskoller noch dazu, wo ich gehört habe ‚langwierig‘. Ich dachte, ich werde wahnsinnig."). Nach ihrer Verlegung in das Klinikum Großhadern besserte sich ihr Allgemeinzustand zusehends („Dadurch daß ich keine Schmerzen hatte, konnte ich mich auch bewegen und konnte halt mal auch so runtergehen und Kaffee trinken, es ging halt die Zeit ein bißchen besser herum. Und sobald halt der Besuch von meinem Freund wieder weg war,

kam wieder meine große Überschüttung, und ich fing halt wieder an zu heulen und dachte: Warum immer du? [...] Und gestern wurde mir vom Arzt eröffnet, daß ich morgen gehen könne. Ich müßte halt ambulant weiterbehandelt werden, was mir weniger ausmacht, wie wenn ich hier liegen muß.").

- Biographie:

Die Patientin ist in Heidelberg zusammen mit ihrem fünf Jahre jüngeren Bruder in einem gutsituierten Elternhaus aufgewachsen. Die Mutter ist Hausfrau, der Vater Kaufmann von Beruf. In der Familie habe es nur selten Streit gegeben, insgesamt sei die Atmosphäre recht harmonisch gewesen. Mit ihrem Bruder habe sie sich immer gut verstanden, „die Beziehung zu meinem Vater würde ich als nettes Kumpelverhältnis charakterisieren“. Mit der Mutter habe sie schon immer eine intensivere Beziehung gehabt („Meine Mutter war immer fürsorglich, von der Einstellung her eher konservativ und ganz Hausfrau. [...] Ich meine, meine Mutter ist wahnsinnig sensibel. So nervliche Sachen. Sie war da in Behandlung eine Zeitlang beim Psychotherapeuten. [...] Sie neigt da zu Depressionen. Sie ist sehr ängstlich, ängstlich in bezug auf Alleinsein. [...] Mein Vater war meist im Geschäft, eher ein aufgeschlossener, weltoffener Mensch. [...] Mein Vater ist halt der agilere, er hat seinen Sport und die Arbeit.“). Sie selbst sei ein Wunschkind gewesen („Da wurde ich immer verwöhnt, vor allem von der Mutter. Ich war das geliebte Nesthäkchen. [...] Ich war halt so das Püppchen.“). Die Geburt und die frühkindliche Entwicklung seien völlig normal verlaufen. Ihre Mutter habe die Sauberkeitserziehung sehr genau genommen („Der Putzfimmel meiner Mutter ist schon eine besondere Eigenschaft. [...] Ich wurde auch immer gewaschen, geschneigelt und gestriegelt. Täglich.“). Bis zum dritten Lebensjahr lutschte sie am Daumen, ansonsten habe sie keine Verhaltensauffälligkeiten in ihrer Kindheit gezeigt. Als Vierzehnjährige litt sie an Magersucht, nahm bei einer Größe von 160 cm auf 30 kg ab und mußte deswegen für ein Jahr in stationäre Behandlung. Mit siebzehn hatte sie ihre erste Menstruation („Die kam dann immer regelmäßig“), und im selben Jahr mußte sie sich ein „kindskopfgroßes Gewächs“ am rechten Eierstock operativ entfernen lassen („... ich hatte zwischendurch diese blöde Operation mit dem Eierstock, die ich zuerst einmal seelisch verkraften mußte kurz vor dem Abi...“). Zwei Monate später machte sie ihr Abitur und begann anschließend auf einer Dolmetscherschule ein Sprachenstudium (Englisch und Spanisch), das sie mit zwanzig erfolgreich abschloß („... habe meinen Abschluß als spanische Wirtschaftskorrespondentin gemacht“). In diesem Alter

hatte sie auch ihr erstes Intimerlebnis mit einem Mann („Das war recht schön...“). Mit 21 Jahren bewarb sie sich bei Reisegesellschaften um eine Arbeit und bekam dann eine Anstellung als Reiseleiterin („Bei dem Vorstellungsgespräch wurde mir erklärt, was es alles heißt, Reiseleiterin zu sein. Ich sollte unabhängig sein, ungebunden, was ich alles war - ich hatte keinen festen Freund - insofern war ich ungebunden [...] und habe dann den Vertrag unterschrieben.“). Zwei Tage später mußte sie schon nach Mallorca fliegen („Und da ich ein behütetes Kind war bis dahin - habe also schon noch zu Hause gewohnt und alles. [...] Das war schon schwer. Also Tränen gab es. Beiden Elternteilen fiel es schwer, aber mein Vater hat es eher verstanden, daß ich so was mache. Meine Mutter nicht. Ich bin das einzige Mädchen weit und breit, und man hat mich halt verhütet und vertütet...“). Während ihrer Tätigkeit als Reiseleiterin im Ausland lernte sie auch viele Männer kennen („Sexuelle Beziehungen, muß ich sagen, waren sehr wenige. [...] Ich war jetzt bis Anfang 1982 fünf Jahre im Ausland - mit sporadischen Aufenthalten daheim, meist im Winter - und hatte halt so die Einstellung, daß man jemand kennenlernt, der einen nicht nur für eine Nacht benutzt. [...] Während dieser fünf Jahre waren es zwei Beziehungen, und da hat mir der Mensch was bedeutet. [...] Ich bin ein Mensch, der sehr anhänglich ist, der sehr viel gibt und jemandem auch gerne zeigt, daß ich jemanden mag. [...] Aber ich investiere immer Gefühle, und ich habe immer - auch wenn ich wußte, es sind nur fünf Monate - gelitten. Was heißt gelitten, ich fand es immer traurig, jeden Abschied. Ich hasse Flughäfen, Bahnhöfe, alles, was damit zu tun hat.“). Doch geriet sie meistens an Männer, die es mit der Treue nicht so genau hielten, was sie sehr gekränkt hat („Das sind einfach Männer, Lebemenschen [...], so Dressman-Typen. [...] Daß die na ja immer ... sagen wir mal auch nicht nur eine Frau haben, sondern mehrere, das war mir auch immer klar. Und das sind natürlich Punkte, die einem schon ... äh ... sagen wir mal ... die einem schon ab und zu weh getan haben. Ich habe halt dann sehr viel gearbeitet und sehr viel Erfolge erzielt bei der Arbeit.“). Das ständige Kommen und Gehen in ihrem Beruf habe sie psychisch sehr belastet („Dieses ständige ... äh dieses Zigeunerleben [...] hat mich schon irgendwo geprägt“) und auch zu körperlichen Beschwerden geführt („Ja, Verstopfungen hatte ich. Durchfälle nie. [...] Also sagen wir mal Verstopfungen seit dem Ausland. Vorher nicht.“). Deshalb entschloß sie sich zur Rückkehr nach Deutschland und arbeitete seit Anfang des Jahres (1982) in einem Münchner Reisebüro. Aber schon bald hatte sie mit ihrer Kollegin, in deren

Wohnung sie in Untermiete wohnte, Auseinandersetzungen: „Sie galt als Büroleiterin und benützte mich als Laufburschen. [...] Na ja, das hat mich schon aufgeregt. Und alles kam natürlich auch zu ihr. Mich hat überhaupt niemand beachtet. Und das ist mir natürlich schon irgendwo auf die ‚Makronen‘ geschlagen. [...] Ich hatte also auch Magenschmerzen und mal Kopfschmerzen.“ Vor ein paar Monaten lernte sie ihren Freund kennen („vielleicht ist es Liebe, ich weiß es nicht“), der zusammen mit einem Studienkollegen in einer Altbauwohnung wohnt und zu dem sie vor zwei Monaten gezogen ist („Ich fühle mich sehr wohl. [...] Es gab noch nie in der Zeit [...] Streit. Noch nie. Das hat mir so geholfen in der letzten Zeit.“). Als sie vor drei Wochen von einer Paris-Reise mit ihrem Freund zurückgekehrt war, mußte sie feststellen, daß ihre Kollegin gegen sie intrigiert und sie bei ihrem Chef schlechtgemacht hatte („Und da war natürlich meine ganze Erholung von Paris zuerst einmal dahin. Es ist mir natürlich wieder auf den ... auf die ‚Makronen‘ geschlagen. [...] Der Chef meinte, nachdem ich versuchte, diese Intrigen und Schweinereien ins rechte Licht zu rücken, das sei eine andere Sache, ohne mich überhaupt anzuhören [...], mit dem Endergebnis, daß ich also versetzt werden soll an eine andere Stelle hier in München, wo ich halt eine unter vielen bin.“). Nach zwei Tagen kam es zur Symptomanifestation.

- Psychodynamische Aspekte:

Betrachtet man die biographische Entwicklung der Patientin aus psychoanalytisch-entwicklungspsychologischer Sicht, so fällt prima vista die starke Fixierung auf das mütterliche Primärobjekt auf, durch dessen überfürsorglichen Erziehungsstil wesentliche Entwicklungsschritte in der frühen Kindheit der Patientin entscheidend behindert wurden. Diese „engulfing mother“ betrachtet(e) offensichtlich ihre Tochter als erweiterten Teil ihres (gestörten) Selbst und setzt(e) alles daran, die Selbständigkeitsregungen und Autonomiebestrebungen ihres Kindes zu unterbinden. Sei es zum Beispiel durch Überaktivität bei den Sauberkeits- und Fürsorgetritualen während der Loslösungs- und Individuationsphase der Tochter („Meine Mutter ist also sehr ordentlich. [...] Es blitzt und blinkt immer alles. [...] Ich wurde auch immer gewaschen, geschniegelt und gestriegelt. [...] Ich war immer das Püppchen, wo ich hinkam. Ich hatte nie das an, was die anderen an hatten, Samtkleidchen, Lackschuhe und so weiter, was meine Mutter auch so wollte“), oder sei es durch indirekten Liebesentzug mit Hilfe des expresseri-schen und Schuldgefühle erzeugenden Hinweises auf ihre „Depressionen“, sobald

sich die Tochter der mütterlichen „loving tyranny“ zu entziehen suchte („Und ich habe gesagt: Nein, und ich schaffe das schon irgendwo [...] Ich komme nicht nach Hause. Das heißt, so kraß habe ich das nicht gesagt, weil ... meine Mutter ist in den Wechseljahren und leidet sehr darunter. Unter Depressionen [...] sondern habe das immer so verschönt, also netter ausgedrückt. Aber es belastete mich natürlich auch. Im Magen.“). Auf der anderen Seite hatte die Patientin in ihrem (recht normal erscheinenden) Vater einen potentiellen „Entwicklungs-Helfer“ („Die Beziehung zu meinem Vater würde ich als nettes Kumpelverhältnis charakterisieren“), der aber wegen seiner eigenen Interessen und beruflichen Aktivitäten seine „Schrittmacher“-Funktion für die Loslösung der Tochter aus der symbiotischen Mutter/Kind-Dyade nur unzulänglich ausübte. Somit wurde die entwicklungsnotwendige „Ent-Identifizierung“ der Tochter von der Mutter blockiert, da die Auflösung der primären Introjektionen der mütterlichen Imago durch eine deutlichere Abgrenzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen infolge des weitgehenden Ausfalls des alternativen (väterlichen) Identifikationsmodells nicht in ausreichendem Maß erfolgen konnte, was sich epigenetisch auch auf höhere Antriebskategorien (wie die motorisch-aggressiven und die sexuellen Potentiale) entwicklungshemmend auswirkte (Indizien dafür sind die pubertäre Magersucht und die damit einhergehende Amenorrhoe der Patientin als psychosomatischer Ausdruck einer massiven Störung der Geschlechtsrollenidentifikation). Die (mutmaßliche) narzißtische Störung der Mutter zog auch das Selbstwertgefühl der Tochter stark in Mitleidenschaft, so daß diese zu einer kompensatorischen Anapruhs- und Ehrgeizhaltung neigte („Ich bin ein sehr ehrgeiziger Mensch, der wahrscheinlich sehr viel von sich selbst fordert“), um so die nebeneinander existierenden Minderwertigkeitsgefühle und Omnipotenzphantasien als Folge einer mangelhaften Selbstliebe auf einen „narzißtisch befriedeten Nenner“ zu bringen. Darüber hinaus versuchte sich die Patientin durch ihre berufliche Tätigkeit der mütterlichen Umklammerung zu entziehen und ihre Abhängigkeits- und Loslösungskonflikte durch demonstrative (Pseudo-)Unabhängigkeit zu überkompensieren. In diesem Zusammenhang kamen die permanenten Konfrontationen mit berufsbedingten Trennungssituationen (wechselnde Männerbekanntschaften, ständiges Kommen und Gehen usw.) einer Art selbstverordneter „Härtetest-Reihe“ bzw. Desensibilisierungsversuchen gegenüber ihren Trennungsängsten und Abhängigkeitswünschen gleich. Dieses von einem pathologischen Narzißmus getragene Abwehrsystem wurde im Laufe der Zeit aufgrund ständiger Kränkungserlebnisse immer störanfälliger („... das ist mir

natürlich schon irgendwo auf die ... ,Makronen ' geschlagen. [...] Ich hatte also auch Magenschmerzen und mal Kopfschmerzen. [...] Also sagen wir mal Verstopfungen seit dem Ausland. Vorher nicht") und brach schließlich unter der letzten großen, narzißtisch kränkenden Objektverlust-Erfahrung („Der Chef meinte [...], das sei entschiedene Sache [...], mit dem Endergebnis, daß ich also versetzt werden soll ...") vollends zusammen, was konsekutiv zur psychosomatischen Dekompensation führte.

6.2. PSKB

Die Auswertung des >Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befundes< von Frau M. ergab bei der diagnostischen Einstufung des Verteilungsmusters und des Ausprägungsgrades der PSKB-Merkmale eine depressive Neurosenstruktur mit phallisch-narzißtischer Akzentuierung (siehe PSKB-Ergebnis-Tabelle im Dokumentations-Teil).

6.3. GT

Die globale Einschätzung der Fremd- und Selbstwertbeurteilungen des sechsten Paares weist im Vergleich mit den Referenzprofilen folgende Besonderheiten auf: Bei Skala 1 weichen die Paarurteile in zunehmendem Grad vom Referenzprofil-Bereich ab und weisen eine deutliche Tendenz zum Pol der ‚positiven sozialen Resonanz‘ auf, was bedeutet, daß sich die Partner als durchaus beliebte und in der Arbeit geschätzte Individuen betrachten. Gemäß dem zugrunde liegenden Theoriekonstrukt dieser Skala sind hier exhibitonistisch-voyeuristische Aspekte akzentuiert, die in der „rollenhaften Erlebnisform“ der hysterischen Struktur zum Vorschein kommen. Bei Skala 2 bewegen sich die beiden Selbstbilder (ww und mm) im Referenzprofil-Bereich, während beide Fremdbeurteilungen (mw und wm) deutlich davon abweichen. Dabei weist das weibliche Fremdurteil eine starke Tendenz zum ‚Gefügigkeits‘-Pol und das männliche Fremdurteil eine starke Tendenz in die entgegengesetzte Richtung zum ‚Dominanz‘-Pol auf. Das Theoriekonstrukt dieser Skala erfaßt die ganze Bandbreite an alloplastischen und autoplastischen Konfliktbewältigungsstrategien, wobei die linke Seite die Tendenz anzeigt,

inneren Konfliktdruck eher impulsiv abzureagieren, während die rechte Seite die Neigung widerspiegelt, Konflikten durch Ich-Einschränkung auszuweichen. Bei Skala 3 befinden sich das männliche Selbstbild und das weibliche Fremdurteil im Referenzprofil-Bereich (und zugleich im erweiterten Normbereich), die Selbstdefinition der Frau und ihre Beurteilung durch den Mann weichen aber nach links zum Pol der 'Unkontrolliertheit' ab. Nach dem Theoriekonstrukt handelt es sich hier um unterschiedliche Intensitätsgrade der Triebregulation, die zwischen den Polen „triebhafter Charakter“ versus „zwanghafter Charakter“ eine Ergänzungsreihe bilden. Skala 4 weist mit Ausnahme des männlichen Fremdurteils eine vergleichsweise starke Abweichung der Paar-Urteile in Richtung 'Hypomanie'-Pol auf. Gemäß Theoriekonstrukt dieser Skala besteht eine enge Beziehung zwischen Stimmungslage und Hauptrichtung der Aggressionsentfaltung. Demzufolge scheinen die Partner ihre Aggressionen primär nach außen abzuführen und sich dadurch eine positive Grundstimmung in ihrer Zweierbeziehung schaffen zu können. Bei Skala 5 liegt allein die männliche Selbstdefinition im Referenzprofil-Bereich, alle andern Beurteilungen tendieren in starker bis stärkster Ausprägungsform zum 'Durchlässigkeits'-Pol hin, was entsprechend dem Theoriekonzept dieser Skala für eine auf Vertrauen und Autonomie basierende Kontaktsicherheit in psychosozialen Beziehungen spricht. Bei Skala 6 weichen alle Beurteilungen des Paares mehr oder weniger deutlich auf die linke Seite zum Pol der 'sozialen Potenz' ab, was laut Theoriekonstrukt der Skala ein Zeichen für die Hingabe- und Bindungsfähigkeit dieser Individuen im heterosexuellen Kontakt sein kann. Demnach wären beide Partner im psychoanalytischen Sinne potente Persönlichkeiten, die in vollem Umfang die genitale Reifestufe erreicht haben. Aus den Einstellungsskalen -M- und -E- ergibt sich noch als Anhaltspunkt, daß die Patientin im Unterschied zu ihren Partner weitaus mehr Extreme in ihren Urteilen verwendet (vw = 22 E, wm = 23 E). Folglich ist das Selbst- und Fremdbild-Erleben der Patientin stärker affektbesetzt als das ihres Partners. Bei der differenzierten Analyse der Selbst- und Fremdburteilungen dieses Paares entlang der sechs Skalen ergibt sich folgendes Bild: Die Partner definieren sich als beliebte und in der Arbeit geschätzte Personen (Skala 1), die zum Ausgelassensein durchaus fähig sind (Skala 3) und die sich - mit Ausnahme des männlichen Selbstbildes - in zwischenmenschlichen Beziehungen vertrauensvoll und aufgeschlossen auf andere Menschen zubewegen können (Skala 5) und im heterosexuellen Kontaktbereich unbefangen und sehr hingabefähig sind (Skala 6). Bei Skala 2 stellen sich zwar beide Partner in ihren Selbstdefinitionen

als dominante Persönlichkeiten dar, gleichwohl versuchen sie anscheinend diese Dominanzansprüche innerhalb der Zweierbeziehung in unterschiedlichen (d. h. komplementären) Rollen anzumelden bzw. zu verwirklichen: Während die Patientin nach Angaben ihres Partners (mw) ihre Herrschafts- und Autonomiebedürfnisse kompromißlos zu befriedigen sucht, scheint er, eher geduldig, den Weg des geringsten Widerstandes zur Realisierung seiner Interessen zu bevorzugen (wm). Bei Skala 4 fällt auf, daß das männliche Fremdurteil von den anderen Beurteilungen stark abweicht und sogar über den Referenzprofil-Bereich hinaus zum „Depressions“-Pol tendiert. Im Gegensatz dazu definiert sich die Patientin als einen wenig Ängstlichen und selten bedrückten Menschen. Hier ist zu vermuten, daß die hypomanische Komponente im Selbstbild der Patientin einer Ich-Ideal-Projektion zuzuschreiben und mithin als Abwehrform gegen ihre depressive Disposition zu interpretieren ist. Fazit: Auch bei diesem Paar ist - mit gewissen Einschränkungen - eine deutliche Tendenz zur geschönten Außendarstellung festzustellen (Skala 1, 3, 5 und 6). Dabei scheinen Ich-Ideal-Projektionen (beim Selbstbild der Patientin, siehe Skala 4) und zum Teil auch reziproke Idealisierungsprozesse im Sinne des projektiven Austausches von „positiven Identitäten“ (vor allem beim weiblichen Fremdurteil) keine unbedeutende Rolle zu spielen. In den Fragen der partnerschaftlichen Führung scheint ein Konsens zwischen beiden über ein komplementäres Rollenverhältnis innerhalb ihrer Partnerschaft zu bestehen. Dabei nimmt die Patientin die autonome und ihr Partner die heteronome Position ein.

6.4. IRV/GRV

Im IRV ist der Erlebnistyp der Patientin introversiv-dilatiert ($B:Fb = 5:2^{1/2}$), das heißt, zeigt mehr introversive als extratensive Komponenten. Die Affektivität ist lebhaft und gut ansprechbar (1 FbF und 1 Fb), einwärts gerichtet und inwendig geformt (1 FFB), zudem durch die introversiven Momente sehr gut stabilisiert (5 B). Das partnerbezogene Einfühlungsvermögen leidet etwas unter der Introversionstendenz (5 B : 1 FFB), die Intelligenz liegt im oberen Normbereich (15 Antworten, 8 G), ist mehr praxisorientiert (8 G, 6 D) und trägt Züge einer leichten Pedanterie (1 Dd, weder Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen liegen im unterdurchschnittlichen Bereich (57 % F+), was für mangelhafte

Beobachtungsschärfe spricht. Das Denken weist keine besondere Neigung zu stereotypisierenden Assoziationseinstellungen auf (47% T), ist wirklichkeitsnahe (20% V) und nicht ohne Originalität und Phantasie (13% Orig.+/-).

Der Erlebnistyp des Mannes ist im IRV introversiv-dilatiert (B : Fb = 6 : 3), also mit mehr introversiven als extratensiven Anteilen ausgestattet. Die Affektivität ist reagibel und lebendig (2 FbF), mehr nach innen gerichtet und gut angepaßt (2 Ffb), vor allem aber durch das deutliche Übergewicht der introversiven Seite gut fundiert und sehr stabil (6 B). Die Einfühlungsfähigkeit ist nicht schlecht (6 B : 2 Ffb), die Intelligenz überdurchschnittlich hoch (22 Antworten, 15 G), dem Abstrakt-Theoretischen zugewandt (15 G, 5 D) und läßt eine Neigung zur Gründlichkeit erkennen (2 Dd, weder Do noch DZw). Die Sukzession ist geordnet, die Formen liegen im Normbereich (67% F+), was einer durchschnittlichen Beobachtungsschärfe bzw. Ekphorierfähigkeit entspricht. Das Denken zeigt keine besondere Stereotypisierungstendenz (41% T), ist strukturfest, an die Umgebung gut angepaßt (27% V) und voller Originalität und Einfallsreichtum (41% Orig.+/-).

Die Verhaltensanalyse der Paarinteraktionen im GRV ergibt nach differenzierter Betrachtung der einzelnen Verhaltensdeterminanten folgendes Bild von der Interaktionsstruktur dieses Paares: Die Patientin zeigt mehr praktische Aktivität als ihr Partner (deutliches Plus beim Tafelhalten) und versucht ihm auch im qualitativen Engagenemnt den Rang abzulaufen: Während nämlich im IRV/GRV-Vergleich seine Ideenproduktion um das 2,1fache steigt, übertrifft sie ihn - relativ gesehen - mit einer Steigerung ihres Ausgangswertes um das 2,5fache (bei ihr steigt die Vorschlagszahl von 15 auf 38, bei ihm von 22 auf 47). Gleichwohl hat er - wohl aufgrund seiner höheren Intelligenz und seines ausgeprägten Einfallsreichtums - absolut gesehen einen deutlichen Vorsprung vor ihr (Im GRV stehen ihren 38 Vorschlägen bei 12 Neuantworten seine 47 Vorschläge bei 25 Neuantworten gegenüber.). Trotzdem versucht sie ihn im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit viel Ehrgeiz und Engagement zu übertreffen, was sich gerade am Beispiel der 'Initialdeutungen' eindrucksvoll veranschaulichen läßt: Während sie in ihrer konkurrenzfreudigen Ambitioniertheit neun von zehn möglichen Initialdeutungen formuliert, bescheidet er sich in vornehmer Zurückhaltung mit einer 'ersten Deutung' (siehe Initialdeutungen). Und wie die Rangordnungsvariablen ('Penetranz' und 'Entscheid') verdeutlichen, kann sich

die Patientin in der Zweierbeziehung aufgrund ihrer höheren Motivationslage entscheidend durchsetzen und dominiert ihren Partner trotz seiner intellektuellen Überlegenheit eindeutig. Obwohl keiner von beiden die formale Führungsposition einzunehmen gedenkt und somit nach außen hin ein vermeintliches Gleichgewicht in der dyadischen Rangordnungsdynamik besteht („Entscheid' unentschieden), weiß die Patientin dennoch ihre Dominanzansprüche in substantieller Hinsicht in vollem Umfang zu verwirklichen (7 1/2 Penetranzpunkte auf ihrer Seite gegenüber 2 1/2 Penetranzpunkten auf seiner Seite), wobei diesen ihren Absichten die rücksichtsvolle Zurückhaltung und die wohlwollende Passivität ihres Partners sehr entgegenkommen. Der affektive Beziehungsstil des Paares ist sehr lebendig und zeichnet sich durch eine hochgradige reziproke Verstärkung der Akteure aus [bei ihr 53 positive (!) von insgesamt 58 Beurteilungen, bei ihm 60 positive (!) von insgesamt 66 Beurteilungen], die sozusagen mehrfach determiniert ist: Zum einen dient sie der gegenseitigen narzißtischen Gratifikation und der damit korrespondierenden wechselseitigen Abstützung von Selbstunsicherheiten, zum anderen steht sie im Dienst der konfliktprophylaktischen Harmonisierung des störanfälligen Beziehungssystems, und nicht zuletzt fördert sie nach dem Muster eines lerntheoretischen Reinforcement-Systems die Produktivität der dyadischen Kooperation, was wiederum einer „glänzenden“ Außendarstellung zupass kommt. Und tatsächlich ist das partnerschaftliche Problemlösungsverhalten überdurchschnittlich gut. Sowohl die Qualität der gemeinsamen Lösungen (Qualität des Produkts = 7 : 10) als auch die Klarheit der Entscheidungen (Qualität des Entscheids = 7 : 10) verrät die sehr gute Kooperationsfähigkeit der Partner. Gleichwohl kaschiert die vordergründige Funktionstüchtigkeit der Partner nur unzulänglich die latente Konflikthaftigkeit ihres Beziehungssystems, das auf der verhaltensmäßigen Interaktionsebene ein komplementäres Rollenverteilungsmuster aufweist.

Bei der erlebensanalytischen Einschätzung der Paarinteraktionen sind im IRV/GRV-Vergleich folgende Veränderungen festzustellen: Der Erlebnistyp der Patientin zeigt im gemeinsamen Problemlösungsversuch einen auffälligen Gestalt- und Strukturwandel und ist jetzt extratensiv-tendenziell ambäqual (B : Fb = 7 : 9). Neben einer leichten Zunahme der introversiven Komponenten (2 B) ist vor allem ein enormer Zuwachs von extratensiven Elementen zu verzeichnen (1 FFb, 3 FbF und 1 Fb). Insbesondere der Anstieg der FbF- und Fb-Komponenten signalisiert die Mobilisierung tief liegender Affekte und hätte zu einer starken Destabilisierung des Erlebnistyps geführt, wenn nicht über die introversive Seite eine gewisse Gegenregulationsbewegung erfolgt wäre. Der Erlebnistyp des

Mannes ist jetzt ambäqual (B : Fb = 4 : 4), wobei es zu einer interessanten Verschiebung des Extratensions/Introversions-Verhältnisses gekommen ist. Im Paarversuch nimmt seine Introversionstendenz zugunsten einer extensiv stärkeren Rapportfähigkeit ab (- 2 B und + 2 Fb), was natürlich seinem partnerorientierten Einfühlungsvermögen zugute kommt (4 B : 4 Fb). Dagegen nimmt ihre Einfühlungsfähigkeit im GRV - wohl als Folge des Konfliktdruckes und der damit korrespondierenden Affektmobilisierung - weiter ab (7 B : 2 Fb). Wie schon erwähnt, steigt ihre Antwortzahl relativ stärker als die ihres Partners (von 15 auf 38 Antworten), gleichwohl hat er absolut gesehen eine deutlich bessere Ideenproduktion (von 22 auf 47 Antworten). Bei beiden geht mit der Veränderung der Sukzession (jetzt auf beiden Seiten „gelockert“) auch eine strukturelle Verschiebung im Erfassungstyp einher: Beide lassen in der gemeinsamen Problembewältigung bedeutend weniger Niveaueanspruch und Qualitätsehrgeiz erkennen (bei ihr ein Wandel vom G-D-Dd- zum (G)-D-Dd-Typus, bei ihm vom G-D-(Dd)- zum G-D-Dd-Typus). In der problemorientierten Paarinteraktion kann die Patientin im Gegensatz zu ihrem Partner ihre Beobachtungsschärfe und Konzentrationsfähigkeit etwas verbessern (bei ihr von 57 auf 61 % F+, bei ihm von 67 auf 43 % F+), -gleichzeitig ist bei beiden eine leichte Zunahme an stereotypisierenden Assoziationseinstellungen zu registrieren (bei ihr von 47 auf 55 % T, bei ihm von 41 auf 53 % T). Auffällig ist bei beiden ein deutlicher Verlust an kognitiver Strukturfestigkeit (bei ihr von 20 auf 8 % V, bei ihm von 27 auf 4 % V), der interessanterweise mit der Plastizität und Originalität ihres Denkens positiv korreliert, während er den Phantasie- und Einfallsreichtum seiner kognitiven Kreationen negativ beeinflusst (bei ihr von 13 auf 18,5 % Orig.+, bei ihm von 41 auf 32 % Orig.+).

Bei der Interpretation der Deutungsinhalte der Partner im IRV/GRV-Vergleich sind aus psychoanalytischer Sicht folgende relevante Aspekte der unbewußten Beziehungsdynamik dieses Paares festzuhalten: Bei Tafel I zeigen die Partner unterschiedliche Formen der Reaktionen auf die neue (Versuchs-)Situation: Während bei der Patientin Anzeichen für ein gestörtes Selbstwertgefühl festzustellen sind (Dunkelschock im IRV/I.), klingen dagegen bei ihrem Partner latente Größenideen an. Im Paarversuch versucht er ihr mit einem wahren „Feuerwerk“ an originellen Ideen (4 Neuantworten) seine kreative Überlegenheit zu demonstrieren. Sie distanziert sich von seinem narzißtisch gefärbten

Potenzgehebe, führt ganz schlicht ihre I.-Deutung in die Diskussion ein und kann sich schließlich damit auch durchsetzen (siehe GRV/G.). Bei Tafel II führt die Mobilisierung früher, inzestuös getönter Kindheitsphantasien bei der Patientin zu einer starken Abwehrreaktion (bei ihr Versager im I.), bei ihrem Partner deuten sich einmal mehr verborgene Größenvorstellungen und die regressive Sehnsucht nach infantiler Ausgelassenheit im zwischenmenschlichen Kontaktbereich an. Im Paarversuch wird ihre Angst vor der Reaktivierung inzestuöser Kindheitswünsche wieder sichtbar (bei ihr Rotschock im G.). Er glänzt mit originellen Kreationen (2 Neuantworten), phantasiert unbelastet seine regressiven Bedürfnisse aus und erweist sich ihr dadurch als überlegen. Letztlich bleibt ihr in ihrer Gehemmtheit nichts anderes übrig, als seiner Deutung (halbherzig) zuzustimmen. Tafel III zeigt ihre unsichere Geschlechterrollenidentität und ihre Wünsche nach oral-passiver Verwöhnung auf. Beim Partner bereitet die Geschlechterrollenidentifikation keine Probleme. Zugleich sind bei ihm diskret ausgeprägte Selbsterhöhungstendenzen narzißtischer Provenienz festzustellen (siehe IRV). Bei der gemeinsamen Problembewältigung werden ihre Unsicherheiten in der Geschlechterrollenbesetzung aufs neue deutlich. Er amüsiert sich insgeheim über ihre Unbeholfenheit und goutiert mit oberlehrerhafter Attitüde ihren „schlichten“ Vorschlag, welchen sie dann als gemeinsame Lösung durchsetzen kann (siehe G.). Tafel IV läßt auf seiten der Patientin eine stark angstbesetzte Vater-Imago erkennen. Die Vater-Figur ist mit bedrohlichen Attributen als Selbstschutz gegen inzestuöse Wünsche ausgestattet (bei ihr Dunkelschock im I.). Auf seiten des Partners ist die Identifikation mit der starken und machtvollen Vater-Imago offensichtlich. Aber auch Tendenzen der passiven Unterwerfung unter diese übermächtige Vater-Gestalt sind festzustellen (siehe I.). Im gemeinsamen Problemlösungsversuch besteht zunächst Einigkeit hinsichtlich ihrer beiderseitigen ungelösten Vater-Konflikte. Durch Einführung seines zweiten IRV-Vorschlags versucht er aus dem spannungsgeladenen thematischen Feld zu entweichen und seine aufkeimende Angst vor den eigenen triebhaften Regungen gegenüber dem Vater zu sublimieren. Sie folgt ihm aber nicht, beharrt auf ihrer Deutung und kann diese zuletzt auch durchsetzen (siehe G.). Bei Tafel V verraten beide Partner eine wirklichkeitsnahe Einstellung zum Leben, die sie auch im partnerschaftlichen Zusammenspiel unter Beweis stellen (bei beiden V-Deutung im I. und im G.). Tafel VI beleuchtet

die aggressiv-kastrativ legierte Abwehrhaltung der Patientin gegenüber phallisch-genitalen Triebregungen (bei ihr Sexualsymbolstupor im I. und im G.). Bei ihrem Partner ist im Ansatz der narzißtisch gefärbte Sublimierungsversuch seiner phallisch-ödiipalen Triebansprüche zu erkennen. Im Paarversuch forciert die Patientin anfangs die anal-sadistischen und kastrativen Komponenten ihrer Abwehr von Genitalängsten. Wieder einmal versucht er die gespannte Situation durch ein „Sublimierungs-Angebot“ (Kontamination seiner zwei I.-Deutungen) zu entschärfen. Sie unterstützt ihn bei diesem „Ausflug“, doch dieses Mal kommt er von sich aus auf ihren Vorschlag zurück. Einerseits fühlt er sich - wohl aufgrund seiner eigenen Ambivalenz - davon angezogen, andererseits ist er bestrebt, ihrer Deutung die aggressiv-kastrative Note zu nehmen. Auch hierbei zeigt sie sich kompromißbereit, aber zum Schluß plädiert er - durch seine unbewußten Wünsche nach passiver Unterwerfung motiviert - für die Durchsetzung der „harten Linie“ (siehe G.). Bei Tafel VII ist die konflikt-hafte Mutter-Beziehung der Patientin evident. Bei ihrem Partner deuten sich Idealisierungs- und Entlibidinisierungstendenzen gegenüber seiner Mutter-Imago an (siehe I.). Bei der gemeinsamen Problemlösung formuliert die Patientin eine Komplexantwort („Da reden wir lieber nicht davon“), als ihr Partner unvorsichtigerweise auf den ‚Unterteil‘ der Tafel zu sprechen kommt („Nein, wenn du das getrennt beobachtest, kannst du Beckenknochen sagen“), nachdem sie diesen zuvor entlibidinisiert und zum ‚Schmetterling‘ sublimiert hat (Tafel in c-Stellung). Schuldbewußt entweicht er der Tabu-Zone und arrangiert sich sofort mit seiner Partnerin (siehe G.). Tafel VIII deckt oral-sadistische Triebregungen der Patientin auf (bei ihr Farbenschock im I. und G.) und läßt bei ihrem Partner anal-sadistische Phantasien erkennen, die er mit Intellektualisierung und sekundärnarzißtischem Rückzug abzuwehren versucht (siehe I.). In der partnerschaftlichen Interaktion kommen die oral-aggressiven und sadistischen Tendenzen der Patientin deutlicher zum Ausdruck. Ihr Partner zeigt zunächst - wenngleich mit schulmeisterlicher Distanz - ein gewisses Entgegenkommen. Als sie aber mit ihren verborgenen Wünschen zu kokettieren beginnt und zum hysteriformen Agieren übergeht, wird es ihm unheimlich, und er versucht ihren Assoziationsfluß zu unterbrechen. Tiefliegende Sexualängste (i.e. archaische Blutangst vor der menstruierenden Frau) werden bei ihm mobilisiert und zwingen ihn zur intellektualisierenden Abwehr ihrer Deutungsangebote. Schließlich kann sie ihren - quasi im Sinn einer Kompromißlösung - „entschärften“ Vorschlag mit seiner Zustimmung doch noch

durchsetzen (siehe G.). Bei Tafel IX weisen beide Partner in ihrer Lebensgestaltung keine besonderen künstlerisch-kreativen Ambitionen auf (bei beiden Farbenschock und keine Ganz-Antworten im I.). Bei der Patientin deutet sich unbewältigtes ödipales Konfliktmaterial an (zweite I.-Deutung), das sie dann auch im Paarversuch zum zentralen Thema macht. Er geht nach anfänglichem Zögern darauf ein und agiert in hysteriformer Weise mit („Röhrende Hirsche“), worauf sie dem Ganzen eine kastrative Note („Geweih“) verleiht. Daraufhin lenkt er mit vier Neuantworten vom Konfliktherd ab und versucht in bekannter Manier (durch Intellektualisierung und Sublimierung) die Wogen zu glätten. Sie aber spielt bei diesem Manöver nicht mit, setzt ihrerseits eine Neuantwort („Wie Frösche“) dagegen und versteht diesen Vorschlag auch erfolgreich durchzusetzen (siehe G.). Bei Tafel X wird offenkundig, daß die Patientin im Gegensatz zu dem positiv-optimistischen Daseinsgefühl ihres Partners ein sehr angstbesetztes ‚Lebensraum‘-Gefühl hat (bei ihr Farbenschock im I. und G.). Während er einer differenzierten und phantasievollen Lebensperspektive detailliert Ausdruck verleiht, ist bei ihr ein allgemeines existentielles Unbehagen zu spüren, das sich vor allem in Trennungsängsten („Richtig, ja auf jeden Fall was unheimlich Verbindliches, weil alles so ineinander...“ / G.) und in der Angst vor phallisch-ödipalen Triebregungen („... und in der Mitte ist in Schwarz-Weiß eine Stange oder ein Pfahl... Diese Farbkleckse haben alle die Tendenz, zu diesem Pfahl hochzugehen.“ / I.) verdichtet. Und so nimmt es nicht wunder, daß die Partner wegen ihrer unterschiedlichen Grundhaltungen Schwierigkeiten haben, sich beim gemeinsamen Ringen um die bestmögliche Lebensraum-Gestaltung auf eine beide Seiten zufriedenstellende Problemlösung zu einigen (schlechte Qualität von Produkt und Entscheid im G.).

6.5. Resümee

Aus der Zusammenfassung der einzelnen Untersuchungsergebnisse dieses Paares lassen sich in bezug auf das zentrale Beziehungsthema der partnerschaftlichen Interaktionsstruktur folgende Schlüsse ziehen:

Die Partner kommunizieren nach dem Muster einer anal-sadistischen Kollusion (Motto: „Liebe als Einander-ganz-Gehören“), wobei sich die Patientin in der progressiven Position der „autonomen Herrscherin“ und ihr Partner in der regressiven Position des „heteronomen Untertans“ befindet. In diesem kollusiven Abwehrarrangement mit komplementärer Rollenverteilung erhofft jeder vom anderen die Heilung seiner verborgenen Ängste und die Befriedigung seiner verdeckten Wunschvorstellungen und Triebbedürfnisse. Im partnerschaftlichen Selbstheilungsversuch delegiert der aktive Partner seine Abhängigkeitswünsche und Trennungsängste auf den passiven Partner, der seinerseits Unabhängigkeits- und Selbstverwirklichungsbedürfnisse an diesen abtritt, um sich dadurch gegen Ängste vor Trennung und Alleingelassenwerden regressiv abzusichern. Dieses selbstgewählte dyadische „Heil-System“ hat trotz seiner temporären ich-stabilisierenden Wirkung große Nachteile für die damit kurzgeschlossenen Partner. Denn aufgrund seiner spezifischen (konfliktharmonisierenden) Organisationsform kommt es im Ernstfall (siehe GRV) durch die ‚Wiederkehr des Verdrängten‘ zu einem unproportional starken Konfliktdruck in der Dyade und durch die damit korrespondierende Mobilisierung basaler Affekte zu einer extraordinären psychischen Belastungssituation, für die ein solchermaßen strukturiertes Beziehungssystem schon gar nicht gerüstet ist und mithin auch nicht ausreichenden Schutz für den empfindlichsten Teil des Systems bieten kann (siehe unter 6.4.).

III. *Synopse der Materialanalysen*

1. *Zusammenfassende Diskussion der Untersuchungsergebnisse*

Ausgangspunkt dieser Studie war die Frage, ob es in den Paarbeziehungen von psychosomatisch Kranken und deren gesunden Partnern Hinweise auf akzentsetzende kollusive Beziehungsmodi gibt und – wenn ja – in welchen Organisationsformen solche kollusiven Interaktionsprozesse ablaufen. Es konnte nun bei dieser Untersuchung nachgewiesen werden, daß die „psychosomatische Kommunikation“ offensichtlich zu einem wesentlichen Teil von kollusiven Beziehungsmustern bestimmt wird.

Bei allen sechs untersuchten Paaren standen klar abgrenzbare und eindeutig bestimmbare Kollusionsformen im Vordergrund des Interaktionsgeschehens. Das erste Paar wies eine anal-sadistische Kollusion mit symmetrischer Rollenverteilung (i.e. anal-ödpal akzentuierter ehelicher Machtkampf) auf, das zweite Paar eine anal-sadistische Kollusion mit komplementärer Rollenverteilung (i.e. „Herrscher/Untertan“-Kollusion), das dritte Paar eine narzißtische Kollusion mit komplementärer Rollenverteilung (Motto: „Liebe als Einssein“), das vierte Paar wieder eine anal-sadistische Kollusion mit symmetrischer Rollenverteilung (i.e. anal-ödpal akzentuierter ehelicher Machtkampf), und das fünfte und sechste Paar zeigten beide eine anal-sadistische Kollusion mit komplementärer Rollenverteilung (i.e. „Herrscher/Untertan“-Kollusion). Das heißt, alle fünf Paare mit Morbus-Crohn-Patienten wiesen anal-sadistische Kollusionen auf, das Paar mit dem Colitis-ulcerosa-Patienten zeigte eine narzißtische Kollusion. Bei den vier Paaren mit komplementärer Rollenverteilung befanden sich in drei Fällen (Paar II, III und VI) die Patienten in der progressiven (superioren) und in einem Fall (Paar V) in der regressiven (inferioren) Beziehungsposition. Von den sechs Patienten waren drei männlichen und drei weiblichen Geschlechts. Zwei der drei Patienten (ein Morbus-Crohn- und ein Colitis-ulcerosa-Patient) verrieten ein progressives Abwehrverhalten, ein Patient (Morbus-Crohn-Patient) ließ im Rahmen einer symmetrischen Beziehung das gleiche Abwehrverhalten wie seine Partnerin erkennen. Von den drei Patientinnen (alle an M. Crohn erkrankt) zeigte eine Patientin eine progressive und eine andere eine regressive Abwehrhaltung, während die dritte im Kontext ihres ehelichen Machtkampfes (i.e. symmetrische Kollusion) Abwehrmaßnahmen praktizierte, die mit denen ihres Partners vergleichbar waren.

Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Studie erbrachte der Vergleich von IRV- und GRV-Rorschachdeterminanten, der den Gestaltwandel der „Interaktionspersönlichkeiten“ (der Pbn.), die miteinander in partnerschaftlicher Interdependenz stehen, in seinen quantitativen und qualitativen Aspekten erhellte. Von besonderer Bedeutung waren dabei die Veränderungen des ‚Erlebnistyps‘ der Versuchsteilnehmer unter den Rahmenbedingungen des experimentell induzierten Konflikts (i.e. GRV), da mit ihrer Hilfe der Strukturwandel der individuellepezifischen Erlebnisweisen im intradyadischen Konfliktfall illustriert werden konnte (siehe Ergebnistabelle des IRV/GRV-Vergleichs der Erlebnistypen der sechs Paare im Dokumentationsteil dieser Arbeit). Bei der Auswertung der Daten fiel folgender klinisch-relevanter Trend* auf: Bei den sechs Patienten dilatierte der Erlebnistyp in vier Fällen

* Daß hier von ‚klinischer Relevanz‘ und nicht von ‚statistischer Signifikanz‘ als Gütekriterium gesprochen wird, liegt an der relativ niedrigen Fallzahl (12 Pbn. bzw. 6 Paare), die keine statistisch signifikanten Aussagen erlaubt.

(Paar I: extratensiv - dilatiert → extratensiv - stark dilatiert; Paar III: extratensiv - koartativ → extratensiv - dilatiert; Paar IV: extratensiv - koartativ → extratensiv - stark dilatiert; Paar VI: introversiv - dilatiert → extratensiv - tendenziell ambiaqual). Wie die genauere Einzelfall-Analyse zeigte, war dies die Folge einer Mobilisierung tiefliegender Affekte und einer Reaktivierung früher unbewußter Bedürfnisse, die bei den Patienten durch den versuchsbedingten Konfliktdruck in Bewegung gesetzt wurden und zu einer Betonung der extratensiven Erlebnisseite führten. Im Gegensatz dazu war bei den sechs Partnern in vier Fällen eine Koartationsbewegung des Erlebnistyps zu beobachten (Paar II: introversiv - koartativ → koartiert; Paar IV: extratensiv - stark dilatiert → extratensiv - tendenziell ambiaqual; Paar V: egozentrisch - extratensiv → extratensiv - koartativ; Paar VI: introversiv - dilatiert → ambiaqual), und in einem Fall blieb der bereits koartative Erlebnistyp unverändert (Paar III: introversiv - koartativ → introversiv - koartativ). Diese Verengung des Erlebnistyps der Partner ist wohl als gegenläufige psychologische Reaktion auf die oben beschriebene Affektmobilisierung der Patienten zu interpretieren und korrespondiert mit einem Verlust an partnerbezogener Erlebnisfähigkeit. Gleichwohl steht sie als gegenregulatorisches Interaktionsmoment im Dienst der intradyadischen Konfliktneutralisierung und hilft die intraindividuelle Homöostase durch Rebalancierung des kollusiven Gleichgewichts zu stabilisieren. Die dialektische Wechselbeziehung von Dilatations- und Koartationsbewegung der Erlebnistypen im partnerschaftlichen Zusammenspiel zeigte sich am deutlichsten bei den Paaren IV und VI (Paar IV: Eltp. - Pat. extratensiv - koartativ → extratensiv - stark dilatiert versus Eltp. - Pat. extratensiv - stark dilatiert → extratensiv - tendenziell ambiaqual. Paar VI: Eltp. - Pat. introversiv - dilatiert → extratensiv - tendenziell ambiaqual versus Eltp. - Pat. introversiv - dilatiert → ambiaqual) und mit Einschränkung bei den Paaren II, III und V (Paar II: Eltp. - Pat. extratensiv - koartativ → ambiaqual versus Eltp. - Pat. introversiv - koartativ → koartiert. Paar III: Eltp. - Pat. extratensiv - koartativ → extratensiv - dilatiert versus Eltp. - Pat. introversiv - koartativ → introversiv - koartativ. Paar V: Eltp. - Pat. koartiert → koartiert versus Eltp. - Pat. egozentrisch - extratensiv → extratensiv - koartativ).

2. Vergleich von Arbeitshypothesen und Untersuchungsergebnissen

Wie sich bei dieser Studie herausgestellt hat, wird die ‚psychosomatische Kommunikation‘ zu einem wesentlichen Teil von kollusiven Interaktionsmodalitäten bestimmt und kann infolgedessen durchaus mit den libido- und systemtheoretisch fundierten Interaktionskategorien Willischer Prägung (narzißtische, orale, anal-sadistische und phallisch-ödpale Kollusion) konzeptionell auf den Begriff gebracht werden (siehe unter Pkt. A III. 1. dieser Arbeit). Ob diese Feststellung für alle Zweierbeziehungen von psychosomatischen Patienten zutrifft, läßt sich von hier aus nicht beantworten und wird Aufgabe von weiteren systematischen Untersuchungen sein. Auf jeden Fall scheinen in den Partnerschaften von Patienten mit schweren Psychosomaten (z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) kollusiv organisierte Interaktionsformen zu prädominieren, wobei in dieser Untersuchung ein ausreichender Nachweis dafür erbracht werden konnte, daß Morbus-Crohn-Patienten zur Ausbildung von anal-sadistischen Kollusionen neigen. Möglicherweise tendieren Colitis-ulcerosa-Patienten eher zur Herstellung narzißtischer Kollusionen (siehe unter Pkt. B II. 3. dieser Arbeit), wobei natürlich das Einzelfall-Ergebnis in dieser Studie keine hinreichende Beweisgrundlage für generalisierende Schlußfolgerungen darstellt und ebenfalls einer wissenschaftlichen Verifizierung durch zukünftige systematische Untersuchungen bedarf. Zur Frage der „Spezifität psychosomatischer Kollusionen“ (in Abgrenzung zu psychoneurotischen Kollusionen) ist festzuhalten, daß im Rahmen dieser Untersuchung mit dem dabei eingesetzten Methodeninstrumentarium keine Anhaltspunkte für eine inhaltliche bzw. strukturelle Spezifität der psychosomatischen Kollusion zu eruieren waren. Ebenso kann von einer Uniformität der psychosomatischen Kollusion nicht die Rede sein, was auch am Beispiel der differentiellen Kollusionsmuster bei Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten deutlich geworden ist. Überdies muß darauf hingewiesen werden, daß selbst einheitlich anmutende, möglicherweise krankheitstypische Kollusionsmuster - wie etwa die anal-sadistische Kollusion bei Morbus-Crohn-Patienten - in ihrem organisatorischen Aufbau Strukturunterschiede aufweisen (z.B. fanden sich bei den hier beschriebenen fünf anal-sadistischen Kollusionen drei mit einer komplementären und zwei mit einer symmetrischen Rollenverteilung), die vor allem bei der Indikationsstellung zur Paartherapie und bei der Wahl des Therapieverfahrens von besonderer Bedeutung sind und entsprechend berücksichtigt werden müssen.

C. DOKUMENTATION

I. Interviews (6)

II. IRV - GRV - Protokolle (12)

III. IRV - GRV - Verrechnungsblätter (6)

IV. GT - Profilblätter (11)

V. Tabellen (PSKB; GT; IRV-GRV) (4)

Biographie und Krankengeschichte des ersten Patienten.

Tonbandprotokoll des Interviews mit Herrn H.

I:

Bitte schildern Sie mir das Ausmaß Ihrer Erkrankung und Ihre augenblicklichen Beschwerden.

H:

Ich habe momentan eine Zeitrente über zwei Jahre aufgrund meines Morbus Crohn. Meine augenblicklichen Hauptbeschwerden rühren von einer Analfistel her, die seit meiner Operation da ist. Sie eitert ständig und heilt nicht zu.

I:

Wann war denn die Operation?

H:

Ich hatte zwei Operationen. Die erste 1976 und die zweite 1977. Mir wurde der gesamte Dickdarm entfernt und ein Anus praeter angelegt. Seither habe ich ständig Kreuzschmerzen, was an dem gestörten Elektrolythaushalt (vor allem Calcium) und Vitaminstoffwechsel liegt. Schwindelgefühle, Mattigkeit und vor kurzem eine Abszeßbildung unterhalb des Anus praeter sind die gegenwärtigen Beschwerden.

I:

Wann wurde diese Krankheit manifest? Gab es eine auslösende Situation?

H:

Im Januar 1975 starb meine Mutter an Nierenkrebs. Sie starb während der Operation (Nephrektomie). Ich muß vorausschicken, daß ich aus einer sehr wohlhabenden Familie stamme und meine Mutter mir und auch meinem Bruder je ein Grundstück verehrte (neben dem mir sowieso zustehenden Pflichtteil des Erbes), ein Umstand, der meinen Vater sehr beunruhigte und auf den Plan rief. Er wollte „alles zusammenhalten“, solange er lebte. Der Familienbesitz sollte nicht vor seinem Lebensende zerstückelt werden. Der Lebensinhalt des Vaters war und ist einzig und allein - Geld - und - Besitz -. Auch mit dem Alkohol hat er so seine Schwierigkeiten. Dadurch waren so viele Reibereien da, was mich sehr aufgeregt hat. Außerdem bekam ich im August 1975 eine Salmonellenvergiftung. Im Zwischenzeitraum hatte ich keine Beschwerden mit dem Darm, nur Ärger mit dem Vater. Der Vater forderte mich auf, auf den Erbteil zu verzichten, was ich des lieben Friedens willen machte.

Ich war damals 26 Jahre und führte mit meiner Frau ein eigenes Geschäft innerhalb des riesigen Familienbetriebes (Campingplatz, Restaurants, Erholungsgebietsanlage etc.). Ich hatte einen eigenen Kiosk. Es gab immer Ärger mit dem Vater. Im August kam ich dann für drei Monate wegen der Salmonellenvergiftung ins Krankenhaus. Ende 1975 kauften wir uns gegen den Willen des Vaters ein eigenes Haus (Dezember 1975). Damit ging auch die räumliche Trennung vom Vater einher. Bis dann wohnte ich mit meiner Frau und den Eltern und dem älteren Bruder im elterlichen Haus. Solange meine Mutter lebte, hatten wir keine Schwierigkeiten mit dem Vater. Sie hatte eine ausgleichende Funktion. Mein Verhältnis zum Vater war bis dahin „weder gut noch schlecht, eher neutral, es war sozusagen normal.“ Der Vater veränderte sich jedoch nach dem Tod der Mutter sehr. „Aus seinem Macht-hunger heraus und seiner Idee, bis zu seinem Ableben alles (gemeint ist der Familienbesitz) zusammenzuhalten“, überredete er mich, auf den Pflichtteil des Erbes zu verzichten. Heute bereue ich das, insbesondere jetzt im Zusammenhang mit meiner Krankheit und den daraus resultierenden finanziellen Schwierigkeiten.

Meine Frau und ich führten dann ein Lebensmittelgeschäft innerhalb des väterlichen Großbetriebs weiter, wir wohnten aber von nun an im eigenen Haus. Mit meiner Frau hat sich mein Vater überhaupt nicht verstanden, weil meine Frau aus ganz anderen Verhältnissen stammt, wo die Familie noch der Mittelpunkt war.

I:

Wenn ich es richtig verstanden habe, war bei Ihnen zu Hause das Familienleben doch auch großgeschrieben.

H:

Ja, aber nur mit der Mutter. Die Mutter war meine Bezugsperson. Ich sage ja, ich habe mit meinem Vater nie viel Kontakt gehabt, weder gut noch schlecht, ja, aber bei uns hat es in dem Sinn keine Familie gegeben, weil meine Eltern immer gearbeitet haben. Ihr Lebensinhalt war, viel Geld zu machen. Sie hatten keine anderen Interessen, weder Lektüre noch Reisen (lacht dazu); wir Kinder sind in Internate abgeschoben worden. Es war also keine Familie, was ich so unter einer Familie verstehe.

I:

Sie haben also diese familiären Verhältnisse als defizitär empfunden?

H:

Ja, richtig, das ist eigentlich das größte Negativum, was ich meinen Eltern heute vorhalten muß, doch mein Vater will das nach wie vor nicht einsehen. Für mich hingegen sind heute Worte wie Familiensinn und Gemeinschaft am wichtigsten. Umgang mit Mitmenschen oder auch jetzt dieses Interview sind für mich wichtiger, während ich früher auch auf Geldverdienen fixiert war. Ich hatte es ja gar nicht anders gelernt. Solange ich gesund war, hat das Geld für mich eine übergeordnete Rolle gespielt. Das hat sich aber jetzt grundlegend geändert. (Pause.) Na ja, jedenfalls habe ich diese Krankheit 1976 bekommen.

I:

Das heißt, Sie hatten bis auf die mit der Salmonellenvergiftung verbundenen Beschwerden keine anderweitigen Symptome.

H:

Ja, bis auf diese Beschwerden war gar nichts.

I:

Dann ist Ihrer Meinung nach die eigentliche Darmentzündung erst später entstanden.

H:

Ja, 1976 im September. Aber ich muß vorausschicken, daß ich im Frühjahr '76 schon Blut im Stuhl hatte. Ich habe das aber nicht weiter abklären lassen. Im September ist es dann ganz schlimm geworden. Ich hatte Fieberanfälle, einen Blutsturz (gemeint ist damit Blutabgang im Stuhl), und schließlich wurde ich ins Krankenhaus eingewiesen.

I:

Hatten Sie im ersten Halbjahr 1976 keine Beschwerden, die auf diese Darmerkrankung hindeuteten, wie Sie sie jetzt haben?

H:

Na ja, Beschwerden schon. Ich war noch von der Salmonellenvergiftung geschwächt und hatte Hämorrhoiden. Ich war also noch nicht fit.

I:

Aber solche Darmbeschwerden, wie Sie sie jetzt als typische „Morbus-Crohn-Symptome“ bezeichnen würden, waren damals für Sie nicht erkennbar?

H:

Ja, ich hatte schon immer an der Stelle, wo der Blinddarm war, Beschwerden. Also schon vor der Salmonellenvergiftung. Aber ich hatte ja keinen Blinddarm mehr. (Herr H. war schon appendektomiert.) Daher bin ich nicht zum Arzt gegangen.

I:

Wann traten diese Beschwerden erstmals auf?

H:

Das war circa Ende 1974.

I:

Ihre Mutter war zu diesem Zeitpunkt bereits an Krebs erkrankt?

H:

Ja, da war sie schon im Krankenhaus. Sie ist im Juli 1974 krank geworden. Zu dem Zeitpunkt wußte ich nichts vom Krebs. Die Ärzte behandelten sie auf Nierensteine. Vermutlich wurde sie falsch behandelt. Ich habe es jedenfalls erst drei Wochen vor ihrem Tod erfahren. Ich muß natürlich hinzufügen, daß ich mich mit Krankheiten nicht besonders beschäftigte, überhaupt hatte ich damals nach der Geschäftsübernahme ganz andere Interessen und Überlegungen. Ich war zwar beunruhigt, daß meine Mutter erkrankt war, aber was und wieso war für mich nicht ausschlaggebend gewesen. Heute würde ich anders denken, aber damals war - muß ich ganz ehrlich sagen - das nicht so wichtig. Erst als der Zustand meiner Mutter sich so dramatisch ver schlechterte, wußte man, daß es ernst war.

I:

Als Ihre Mutter ins Krankenhaus eingeliefert wurde, setzten Ihre sogenannten Blinddarmbeschwerden ein?

H:

Ja, da haben sie eingesetzt.

I:

War Ihre Mutter früher einmal schwer erkrankt?

H:

Nein, nie; das war das erste Mal überhaupt, daß sie im Krankenhaus war. Solange ich denken konnte, war sie niemals krank.

I:

War Ihre Mutter, solange Sie denken konnten, jemals von Ihnen weg oder anderweitig abwesend?

H:

Von mir?

I: Ja.

H:

Im Gegenteil, ich war immer weg. Dadurch, daß meine Eltern immer gearbeitet haben, blieb wenig Zeit für meinen Bruder und mich. Wir sind praktisch immer weggeschoben worden, entweder zur Tante oder für ein Jahr zur Großmutter usw. Jedenfalls haben damals (gemeint ist Ende 1974) meine Schmerzen im Darmbereich begonnen. Ich ging allerdings erst im Frühjahr 1975 zum Hausarzt, weil ich diesen Beschwerden keine besondere Bedeutung zumaß. Zudem war ich vorher immer gesund gewesen.

I:

Wie würden Sie diese Beschwerden beschreiben?

H:

Das war so ein Ziehen, wie wenn man Blinddarmbeschwerden hat. Ich habe aber immer gehofft, daß es vergeht. Anfang 1975 ging ich zum Röntgenarzt, der eine Entzündung im Darm feststellte. Ich bekam Azulfidine-Tabletten verordnet, aber es ist im Prinzip nicht besser geworden. Wir hatten dann im Sommer 1975 Saisonbetrieb und ziemlich viel Stress. Ich habe arbeiten müssen und die Schmerzen irgendwie in Kauf genommen. Und dann im August bekam ich die Salmonellenvergiftung.

I:

Wie haben Sie den Tod Ihrer Mutter erlebt und empfunden?

H:

Das hat mich schwer getroffen, weil meine Mutter für mich die einzige Bezugsperson darstellte. Ich als Jüngster stand bei meiner Mutter im Mittelpunkt. Es war eine sehr enge Beziehung.

I:

Gleichwohl empfanden Sie die Kommunikation als defizitär.

H:

Ja. In dem klassischen Sinne „Familie“ haben wir nie kennengelernt. Das war durch den großen Familienbetrieb sozusagen vorgegeben. Wir hatten auch nie eine Wohnung für uns allein gehabt. Es waren da zwei Gastwirtschaften und eine Konditorei, wo sich unser Leben abspielte. Jeder hatte zwar sein Zimmer, so Gästezimmer, aber Familie und Haus als Einheit hat es bei uns nicht gegeben. Wenn ich mit meiner Mutter zusammen war, dann im Winter, denn in der Sommersaison mußte sie täglich zwölf bis vierzehn Stunden arbeiten. Wir Kinder waren uns selbst überlassen, oder wir sind zu Tanten bzw. zur Großmutter abgeschoben worden.

I:

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Vater charakterisieren?

H:

Mein Vater hat schon immer, solange ich ihn kenne, viel getrunken. Er war so gesehen keine Respektperson für mich. Er hat mit mir nie etwas unternommen. Für den waren Kinder nur als Erben da. Er war insgesamt am Umgang mit seinen Kindern desinteressiert. Er war nicht aggressiv zu uns, aber auch nicht interessiert. Seine Interessen waren das Geschäft, Geldverdienen und Leute „Übers Ohr hauen“. Er ist in meinen Augen trotz seines Geldes ein ganz armer Wicht.

I:

Wie war die Beziehung zwischen den Eltern?

H:

Die Mutter war fleißig und opferte sich ganz für die Geschäfte auf. Auf diese Weise widmete sie sich mehr seinem Betrieb als uns Kindern. Bloß als Kind hat man das ja nicht so gemerkt. Wir haben uns nicht so vernachlässigt gefühlt, weil wir ja praktisch alles hatten. Außer an Liebe ... obwohl, das kann man auch nicht so sagen, daß es uns an Liebe gefehlt hat, denn meine Mutter hat alles für uns getan und hat uns auch die Zärtlichkeit gegeben, die wir brauchten, aber eine richtige Familie war das nicht, verstehen Sie?

I:

Ja, vermutlich lief alles so am Rande mit.

H:

Ja, es ist alles so mitgelaufen. Wir hatten eine eigene Gastwirtschaft, wo wir aßen, wenn wir Hunger hatten. Brauchten wir Geld, haben wir es bekommen ... (Pause). Bei mir ist eigentlich nur positiv gewesen, daß ich der Nachkömmling war, und da war natürlich Zucht und Ordnung und Leistungswille gefordert. Das war natürlich ein ganz anderes ... (sucht nach Worten)

I:

... Umgehen miteinander. Da war sozusagen „Struktur“ drin.

H:

Ja, ein Strukturwandel ist da sozusagen eingetreten.
(Längere Pause.)

I:

Können Sie mir noch etwas zum weiteren Verlauf Ihrer Krankheit erzählen?

H:

Ja, wie gesagt, im September 1976 kam ich ins Krankenhaus. Die Beschwerden wurden immer stärker. Mein Zustand verschlechterte sich dramatisch. Man wußte ja, daß es eine Entzündung war. Bei einer Darmspiegelung stellte man dann fest, daß Überall Geschwüre waren. Man hat dann drei Monate künstlich ernährt, den Darm ruhiggestellt, um es irgendwie so in den Griff zu bekommen, aber es nützte nichts. Dazwischen aber ereigneten sich immer wieder Blutstürze. Dann wurde beschlossen, den Dickdarm größtenteils zu entfernen, aber die Anlage eines Anus praeter zu umgehen, da ich ja noch so jung war. Mir ging es da verdammt schlecht. Nach der Operation wurde mein Zustand nicht besser. Im November 1977 wurde ich dann ein zweites Mal operiert und ein Anus praeter angelegt. In der Rectum-Höhle, die übriggeblieben ist, hat sich nun eine Fistel eingenistet und heilt seitdem nicht zu. Ich komme nun jede Woche herein zum Spülen. Da ist schon alles probiert worden wie Kochsalzlösung, Betaisodona-Lösung oder mit Clont. Aber ich muß mich wahrscheinlich operieren lassen ... (Pause), um zu versuchen, daß es doch zuheilt. Das ist der augenblickliche Stand der Krankheiten.

I:

Um nochmals auf Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter zurückzukommen. Gesetzt den Fall, Ihre Mutter hätte sich für Sie mehr Zeit genommen und sich mehr Ihnen gewidmet. Wie würden Sie sie dann jetzt in einer Rückschau charakterisieren?

H:

Nur das Beste kann ich sagen, ja. Ich würde sie als die ideale Mutter beschreiben. Herzlich, hat einem immer geholfen, war immer für einen da - wenn sie Zeit gehabt hat, und sonst kann ich eigentlich nichts Negatives sagen ... (Pause). Meine Mutter war eine einfache Frau - meine Eltern sind beide Ungarndeutsche - und deren Lebensinhalt war Arbeit. Sie haben nicht gewußt, für was sie sonst auf der Welt wären und sind. Keine Interessen für irgend etwas ... (Pause) und die Zuneigung immer optimal, ich kann nichts anderes sagen.

I:

Vielleicht könnten wir uns jetzt mehr Ihrer Kindheitsentwicklung, der Pubertät und schließlich der Adoleszenz widmen, wenn es Ihnen recht ist.

H:

Meine Geburt war komplikationslos. Ich bin 1949 im Rahmen einer Hausgeburt zur Welt gekommen. Ich bin normal gestillt worden. Die Zeitpunkte des Zahnens, des Gehen- und Sprechenlernens waren ebenso normgerecht.

I:

Können Sie sich noch an den Zeitraum Ihres Sauberwerdens erinnern, oder wissen Sie noch, wie Ihre Mutter Sie zur Sauberkeit erzogen hat?

H:

Nein, da weiß ich gar nichts. Nichts Auffälliges.

I:

Wie hielt es denn Ihre Mutter später mit Ordnung und Sauberkeit?

H:

Sehr gut; ganz im Gegensatz zu meinem Vater, der nicht so ein ordentlicher Typ war. Er hat sich eher mehr gehen lassen. Meine Mutter nicht. Sie war in Fragen der Sauberkeit sehr empfindlich. Also Sauberkeit war bei uns immer großgeschrieben.

I:

Wissen Sie, wann Sie in diesem Sinn sauber waren?

H:

Das war, soviel ich weiß, ganz normal mit zweieinhalb Jahren so ungefähr ... (Pause). Also meine Kindheit war in keiner Weise auffällig. Wir waren damals anfangs der Fünfziger Jahre eine richtige Familie. Mein Vater hatte damals einen kleinen Friseurladen im gleichen Haus, wo wir auch wohnten. Das war damals eine richtige schöne Familie. Meine Mutter war nur Hausfrau. Mein Vater ist mir von damals weder positiv noch negativ in Erinnerung, im Vergleich zu späteren Erfahrungen, die nur negativ waren.

I:

Wie haben Sie sich mit Ihrem Bruder verstanden?

H:

Ja, ganz gut eigentlich. Ich hatte aber schon immer die Rolle des Nesthäkchens und wurde eher als er von meiner Mutter verwöhnt. Mein Bruder ist ja sieben Jahre älter, und er kam dann auch ins Internat. Ich habe zu meinem Bruder bis zum heutigen Tag kein enges Verhältnis. Wir sind zwar Brüder, aber schon vom Äußeren her unterscheiden wir uns sehr, und außerdem tendiert mein Bruder mehr zu meinem Vater hin. Seine Hobbies sind auch Trinken und Geldverdienen. Seine geistigen Interessen lassen doch schon etwas zu wünschen übrig. Er hat seine Fähigkeiten nicht entwickelt. Er hat sich auch so gehen lassen und kann sich auch gegen meinen Vater nicht so recht durchsetzen.

I:

Darf ich nochmals auf die Sauberkeitserziehung zurückkommen?

H:

Ja, doch, Sauberkeit wurde von Kindheit an großgehalten, solange wir eine Familie waren. Als jedoch der elterliche Betrieb expandierte und meine Mutter immer mehr eingespannt war - ich war da circa fünf Jahre alt -, wurde ich zur Tante abgeschoben, und mein Bruder kam ins Internat. Und dann ist in bezug auf Sauberkeit nichts mehr passiert (lacht), weil wir ja dann nicht mehr daheim waren. Ab diesem Zeitpunkt waren wir praktisch nie mehr daheim, nur mal so kurze Gastspiele auf ein halbes Jahr. Glücklicherweise war die Familie meiner Tante intakt, und ich bin so gesehen dort gut aufgewachsen.

I:

Können Sie sich, bezogen auf diese ersten Kindheitsjahre, an irgendwelche Sexualphantasien oder Doktorspiele erinnern oder Ähnliches?

H:

Nein, da habe ich keinerlei Erinnerungen. Weder positive noch negative. Da weiß ich überhaupt nichts, muß ich sagen.

I:

Wie erlebten Sie Ihre Pubertät? War das eine aufwühlende Zeit, oder wie haben Sie sie empfunden?

H:

Ja nun, ich muß sagen, so Sexualität oder so bin ich ein Spätentwickler. Sehen Sie, ich bin jetzt 33 Jahre alt und schaue immer noch jung aus, und das ist bei mir praktisch immer zurückgegangen. Das heißt, von der Sexualität her habe ich erst mit sechzehn oder siebzehn Jahren an Mädchen gedacht. „Träumereien“ oder dann Selbstbefriedigung kamen von da an erst. Da war dann auch nichts Besonderes. Man kann nicht sagen, daß da etwas Auffälliges gewesen wäre. Ich war damals mehr an Sport interessiert. Es gab dann ein paar Flirts, aber nichts Wichtiges. Außerdem machte ich dann mittlere Reife und anschließend eine Kochlehre, die sehr anstrengend war und sehr streng. Da hatte ich praktisch keine Zeit, jemanden kennenzulernen. Ich sage ja, das ist bei mir gar nicht so extrem gewesen. Danach kam ich mit zwanzig zur Bundeswehr. Sexualität, würde ich sagen, also stinknormal. (Lacht.)

I:

Waren die Beziehungen zu Frauen vor Ihrer Ehe eher oberflächlicher Art?

H:

Ja, oberflächlich. Doch mehr auf Sexualität ausgerichtet.

I:

Wie ist das jetzt in Ihrer Ehe. Sind für Sie Beziehungen zu anderen Frauen interessant?

H:

Nein, eigentlich ... (Pause) ... um ganz ehrlich zu sein, ich bin im Laufe der zehn Ehejahre ein einziges Mal fremdgegangen. Das weiß auch meine Frau. Diese Angelegenheit hat sich auch nur so ergeben. Da wollte diese Frau auch mehr mich als ich sie. Sie hat mich halt dann Überrascht.

I:

Wie ging es dann nach der Bundeswehrzeit weiter bei Ihnen?

H:

Ich lernte dann meine Frau kennen, und wir übernahmen einen Lebensmittelladen innerhalb des väterlichen Großbetriebes.

I:

Wie lernten Sie denn Ihre Frau kennen?

H:

Die habe ich kennengelernt, da war sie erst fünfzehn Jahre alt. Meine Mutter wollte, daß ich die eher heirate. Aber ihre Eltern bestanden darauf, daß sie zuerst noch die mittlere Reife macht. Ich führte inzwischen mit meiner Mutter das Geschäft, und ab 1974 bekamen meine Frau und ich das Geschäft von meiner Mutter übereignet ... (Pause) ... von meinem Vater hätten wir es nicht bekommen.

I:

Darf ich Sie zum Abschluß dieses langen Gesprächs noch folgendes fragen: Welche ethischen Werte waren für Sie persönlich im Rahmen Ihrer bisherigen Biographie von Bedeutung, und hat sich diesbezüglich etwas bei Ihnen geändert?

H:

Ja, da muß ich sagen, erst durch meine Krankheit habe ich mir mehr Gedanken über Religion gemacht. Vorher weniger. Durch das vorgelebte Modell meines Vaters, der nach dem Motto lebte: „Hast du Geld, hast du Ansehen“, war ich schon beeinflusst ... (Pause) ... Na ja, Geld weniger, weil ich ja immer nur Angestellter gewesen bin, aber dadurch, daß wir einen Campingplatz besaßen und ich den mehr oder weniger geleitet habe, hatte ich ein wahnsinniges Ansehen bei den Besuchern ... (Pause). Ja dann auch Sparsamkeit war und ist für mich wichtig. Na ja, und dann bin ich im Umgang mit Menschen eher ein sanfter Typ, im Gegensatz zu meinem Bruder, der da dem Vater nachgeraten ist. Meine Mutter war mehr sanft, und ich gehe mehr nach meiner Mutter. Das sagen auch andere Leute.

I:

Ich bedanke mich für dieses Gespräch.

Biographie und Krankengeschichte des zweiten Patienten
Tonbandprotokoll des Interviews mit Herrn G.

I:

Bitte schildern Sie mir Ihre augenblickliche Symptomatik und das Ausmaß Ihrer Beschwerden so, wie Sie sie empfinden.

G:

Ja, augenblicklich habe ich vor zwei Wochen ein Rezidiv vom Crohn gehabt, und jetzt habe ich Schwierigkeiten mit den Analfisteln. Eine Analfistel ist vorgestern gespalten worden, und da habe ich noch immer starke Beschwerden. Die Symptomatik bei dem Rezidiv waren anfangs leichte Beschwerden im Unterbauch, aber da denkt man sich als alter Crohn-Patient schon längst nichts mehr. Aber es wurde immer stärker mit den Schmerzen, und da bin ich dann ins Klinikum gefahren, auf meine bekannte Station zum Dr. K. gekommen, und seit drei Wochen tue ich mich jetzt ausschließlich mit Astronautenkost ernähren. Da schlucke ich vier Fläschchen am Tag, was zweitausend Kalorien entspricht, und da wird man auch noch dick davon. Jetzt muß ich noch acht Tage diese Kost zu mir nehmen, aber dann kann man - so hat es mir der Dr. K. gesagt - auf Pankreasdiät und andere Kost wieder umstellen. Schön langsam natürlich.

I:

Wann fing denn Ihre Krankheit an? Gab es so etwas wie eine auslösende Situation?

G:

Der Morbus Crohn bei mir ist seit 1973 bekannt. Da war ich 24 Jahre alt. Ich muß vorausschicken, daß ich 1972 den Lkw-Führerschein gemacht habe und eine recht gute Arbeit bei einem Eisenhandelsgeschäft als Transporteur gehabt habe. Das Arbeitsklima war in Ordnung, ich habe mich mit meinem Beifahrer auch gut verstanden, und da hat es mir also recht gut gefallen. Aber dann ging es mit den Durchfällen los und damit verbundene Schwindelanfälle.

I:

Wissen Sie noch, wann diese Durchfälle erstmals auftraten?

G:

Sie meinen so was wie ein auslösendes Moment? Nein, also da kann ich mir nichts vorstellen. Das war da eine recht gute Arbeit. Da hat man sich praktisch keinen Fuß ausgerissen. Ich habe im Winter meinen Lkw rausgefahren und meinen privaten Pkw in die Garage hineingefahren, und inzwischen war er schön warm untergebracht,

und das war so gesehen eine optimale Tätigkeit. Mit dem Beifahrer habe ich mich gut ergänzt, und wenn es zum Beispiel im Winter draußen stark schneite, habe ich zu ihm gesagt, er soll schnell das Bischen abladen und ich hockte währenddessen im warmen Auto. Also das war schon eine recht gute Arbeit. Und während dieser Zeit hat dann die Krankheit angefangen.

I:

Hatten Sie in dieser Zeit eine feste Beziehung mit einer Partnerin?

G:

Ja, schon. Das war eigentlich eine recht gute Beziehung. Die Krankheit ist auf keinen Fall damit im Zusammenhang gestanden. Auf jeden Fall hatte ich durch diese Durchfälle einen starken Elektrolyteverlust mit Übelsein und Schwindel, und ich habe mich dann krank schreiben lassen und war dann sechs Wochen krank, kam dann in die Klinik im Sommer 1973, wo ich sechs Wochen gelegen bin. Ich war damals der zweite Morbus-Crohn-Fall und für die Klinik deshalb recht interessant.

I:

Hat Sie Ihre Partnerin regelmäßig besucht?

G:

Ja klar. Ich war ja fest liiert. Wir haben eine eigene Wohnung gehabt und zusammengelebt. Und sonst auch alles und ein Motorrad noch dazu. Die Partnerschaft funktionierte recht gut. Dies ist erst später auseinandergegangen.

I:

Wie war damals die Beziehung zu Ihren Eltern?

G:

Die war eigentlich recht gut. Meine Mutter hat damals in einer Wäscherei gearbeitet, und da habe ich unsere Wäsche alle acht Tage zum Waschen gebracht. Das war also recht angenehm. Mit den Eltern war das schon ein gutes Verhältnis. Ich meine, meine Mutter hat natürlich - wie immer bei einer festen Freundin von mir - am Anfang recht herumgesponnen, so etwa in Richtung, daß der Sohnewann weggenommen wird oder so.

I:

Wie dieses? Können Sie mir das genauer erklären?

G:

Ja die war zu meinen Freundinnen am Anfang immer betont unhöflich. Das war dann der Hauptgrund, warum ich von zu Hause ausgezogen bin. Das war damals die erste festere Beziehung. Ich habe bis dahin daheim gewohnt, aber als meine Mutter immer mehr herumgesponnen hat, habe ich mir gesagt, daß ich das nicht nötig habe. Außerdem

wollte ich meinen Frieden haben, wenn ich schon den ganzen Tag arbeitete. Meine Mutter war zu meiner Freundin unhöflich, stichelte ständig herum, und das alles war irgendwie untragbar. Und da ist damals 1973 gerade ein Spezi vor mir mit dem Motorrad tödlich verunglückt, und da ist seine Wohnung frei geworden, und dann bin ich mit meiner Freundin gleich in dessen Wohnung eingezogen, denn die war einigermaßen preisgünstig. Das alles war vor dem Auftreten der ersten Beschwerden. Jedenfalls in der Klinik sagte man mir, ich soll die Azulfidine regelmäßig schlucken, und das hat dann über zwei Jahre damit recht gut funktioniert. Ich habe dann die Azulfidine probeweise abgesetzt, und das ging dann auch. Da war ich praktisch gesund. Die Arbeitsstelle beim Eisentransport wurde mir dann gekündigt, denn ich war ja neun Monate krank geschrieben. Das war im Sommer 1974. Ich habe Geld von der Kasse bekommen, und da bin ich lieber mit dem Motorrad herumgefahren, als daß ich in die Arbeit gegangen wäre. Das ist ja auch verständlich. Nach diesen neun Monaten hatte ich keine Beschwerden mehr und habe dann bei einem Lebensmittelkonzern als Lkw-Fahrer angefangen. Auch als Ausfahrer. Etwa im Frühjahr 1975 habe ich wieder Durchfälle bekommen, war dann deshalb öfters krank geschrieben, und mir wurde dann aufgrund meines häufigen Fehlens im Dezember gekündigt. Das war zwar verständlich, aber verärgert war ich trotzdem. Ich war dann acht Monate krank und bin dann 1976 zur weiteren Behandlung ins Großklinikum zu Dr. K. gekommen.

I:

Bestand die Beziehung zu Ihrer Freundin damals noch?

G:

Nein, damals bin ich schon mit meiner jetzigen Partnerin gegangen.

I:

Aus welchen Gründen trennten Sie sich von Ihrer damaligen Freundin? Stand die Trennung im Zusammenhang mit der Krankheit?

G:

Nein, mit der Krankheit hatte das nichts zu tun. Das waren andere Gründe.

I:

Wollen Sie darüber reden?

G:

Ungern. Auf jeden Fall habe ich im Januar 1975 meine jetzige Freundin kennengelernt, und ich habe ja damals noch bei diesem Lebensmittelkonzern gearbeitet. Nachdem mir gekündigt wurde im Dezember 1975, erkrankte ich wieder bis Mitte 1976. Durch einen Bekannten bekam ich dann einen Job als Kurierdienstfahrer vermittelt, wo ich auf selbständiger Basis mit täglich sechs Stunden Arbeitszeit 3200.- DM im Monat verdiente. Das war also recht gut. Dann habe ich mir gleich im Februar 1977 ein

Dieselauto gekauft, wodurch ich mit dem Spritverbrauch günstiger abschnitt. Ich habe dadurch noch mehr verdient. Dann bin ich aber im Januar 1978 erstmalig an einer Analfistel operiert worden. Die ist gespalten worden. Dann habe ich kurz darauf natürlich gleich wieder gearbeitet, und dann ist sie im März 1978 nochmals gespalten worden, weil es immer wieder Verhaltungen gab. Die ist immer von außen zugewachsen und nicht von innen heraus. Das ist ja das Problem mit diesen Fisteln. Ich bin an dieser Fistel 1978 viermal operiert worden, und vom ersten bis fünfzehnten Dezember und vom dreißigsten Dezember bis zum siebzehnten Januar bin ich in der Klinik gelegen. Am Neujahrstag 1979 habe ich dann massive Darmblutungen bekommen. Gott sei Dank war ich ja da schon in der Klinik. Im März 1979 war ich dann schon wieder in der Klinik, und da habe ich dann mein Gewerbe abgemeldet, weil ich ja mehr in der Klinik war als in der Arbeit. Ich war ja sowieso schon vorgesehen für die Erwerbsunfähigkeitsrente, aber weil ich mein Gewerbe angemeldet hatte, habe ich bis dahin die Berufsunfähigkeitsrente bekommen. Das waren so 550 Mark im Monat. Ich habe dafür keinen Krankenkassenbeitrag mehr zahlen müssen. Das war eigentlich auch nicht schlecht. Jetzt bin ich seit April 1979 totaler Rentner mit 80 % Schwerbehinderung.

I:

Darf ich nochmals auf das Jahr 1973 zurückkommen. Dieses Jahr war ja recht ereignisreich für Sie. Ein Freund von Ihnen verunglückte tödlich, Sie zogen von zu Hause aus und gründeten mit Ihrer damaligen Freundin einen eigenen Haushalt. Wie reagierten denn auf den Auszug aus der elterlichen Wohnung Ihre Eltern?

G:

Mein Gott, das weiß ich eigentlich nicht mehr.

I:

Gab es da keine Reaktionen?

G:

Na ja, mein älterer Bruder hat das schon gut gefunden, denn meine Mutter hat ja immer Schwierigkeiten gemacht.

I:

Sie waren damals 24 Jahre alt und wohnten bis dahin mit Ihrem Bruder bei den Eltern. War das nicht auch für Ihre Eltern eine neue Situation?

G:

Das weiß ich eigentlich nicht. Das hat mich auch weniger interessiert, weil ich mich die erste Zeit danach nicht mehr zu Hause habe sehen lassen.

Darum war mir das vollkommen wurscht, was sich die denkt oder nicht denkt, wenn ich ausziehe. Das ist doch ganz klar. Wenn meine Mutter damals nicht so herumgesponnen hätte, wäre ich wahrscheinlich noch länger daheim geblieben. Erstens aus finanziellen Gründen und dann auch die ganze Bequemlichkeit. Das ist natürlich auch nicht zu verachten, das ist ganz klar.

I:

Wie empfanden Sie bis dahin das Familienleben?

G:

Ja die Familie bestand aus meiner Mutter, meinem ein Jahr älteren Bruder und mir. Mein Vater ist schon 1968 an Lungen-Tbc gestorben. Die Atmosphäre war eigentlich recht gut bis zu dem Zeitpunkt, wo ich mit einer Freundin dahergekommen bin. Dann hat sie auf einmal das Herumspinnen angefangen.

I:

Ja hat denn Ihr Bruder keine Freundin nach Hause mitgebracht?

G:

Nein, der hat ja erst vor drei Jahren, also mit 31 Jahren, eine feste Freundin gehabt. Der hat immer fest gelernt. Der ist ein bißchen ein Strebertyp. Der war immer der beste, während ich meistens der schlechteste war. Mich hat das alles total gelangweilt mit dem Lernen. Ich habe mich damals mehr für Motorräder interessiert. Jedenfalls meine Mutter war als Arbeiterin in einer Wäscherei beschäftigt. Mein Bruder und ich waren damals in der Lehre. Wir Jugendliche haben uns dann immer im Freizeithaus getroffen mit den Motorrädern. Das war also recht lustig, aber so eine totale Bezugsperson gab es in so einer Clique nicht.

I:

Darf ich nochmals auf das Familienleben zurückkommen. Wie war denn so Ihre Entwicklung von Kindheit an, und wie haben Sie Ihre Eltern als Erziehungspersonen erlebt?

G:

Ja also meine Geburt war komplikationslos, und ich bin dann wie mein Bruder auch nur 14 Tage von meiner Mutter gestillt worden, weil meine Mutter wieder eine Entzündung an der Brust bekommen hat. So die Sauberkeitserziehung war schon streng. Meine Mutter hat da schon immer darauf geachtet. Mein Vater war da nicht so interessiert. Mein Vater und meine Mutter waren dann schon auseinander, als ich so sechs Jahre alt war. Der Vater hat der Mutter öfters eine „Ausbildung“ gegeben, und das hat die nicht gemocht.

I:

Ich verstehe nicht, was meinen Sie damit?

G:

Ach, der hat sie öfters geschlagen. Der war Maurer von Beruf, und wenn der da am Freitag nach Hause gekommen ist, da hat der sowieso die Hälfte vom Geld schon versoffen gehabt, und die andere Hälfte hat die Lohnpfändung geholt. Und da hat es dann irgendwie eine „Ausbildung“ gegeben für meine Mutter.

I:

Wie haben Sie denn diese Szenen empfunden?

G:

Das war nicht zu ertragen auf die Dauer. Wir sind dann deswegen zu meiner Oma gezogen. Meine Mutter, mein Bruder und ich. Das war nicht lustig, wenn der meine Mutter geschlagen hat. Mein Vater war an sich schon nett. Er ist mit uns ab und zu ausgegangen, hat mit uns am Wochenende ab und zu Ausflüge gemacht, aber sobald er etwas gesoffen hatte, hat er durchgedreht. Meine Mutter hat nicht gearbeitet und war Hausfrau. Als wir dann ausgezogen waren, hat meine Mutter wieder gearbeitet. Mein Vater hat sich da nur alle paar Monate sehen lassen, so auf ein Streitgespräch, dann hat es vielleicht auch ein paar Prügel gegeben für die Mutter, aber als ich dann älter war, hat er sich nicht mehr getraut. Da war dann Ruhe. Mein Vater ist dann an Lungen-Tbc erkrankt und war vier Jahre im Lungensanatorium. 1968 ist er auch daran gestorben. Ich habe damals nach der Volksschule mit mehreren Lehren angefangen und wieder aufgehört, weil die mir nicht gefielen. 1969 habe ich meine Lehre als Verpackungsmittelmechaniker mit Erfolg abgeschlossen, aber der Beruf hat mir irgendwie nicht behagt. In der Firma, wo ich auslernte, war man ein Würstchen unter anderen Würstchen, und der Lehrlingsausbilder war auch nicht gerade mein Fall. Seitdem habe ich dann als Ausfahrer gearbeitet, denn Autofahren hat mir schon immer Spaß gemacht und war doppelt so gut bezahlt wie der Verpackungsmittelmechaniker. Außerdem hat das Ausgehen, das Motorrad und das Auto viel Geld gekostet, und da war das schon angenehmer.

I:

Wohnten Sie da noch bei der Großmutter?

G:

Nein, 1969 haben meine Mutter, der Bruder und ich eine eigene Wohnung bezogen, wo jeder sein eigenes Zimmer hatte. Mein Vater war da ja schon gestorben. Ich habe damals schon als Lkw-Fahrer gearbeitet.

I:

Hatten Sie bis dahin Beziehungen zu Frauen gehabt?

G:

Ja schon. Seit der Mopedzeit. Ist ja klar. So ab dem fünfzehnten Lebensjahr. Die Girls sprachen auf die Mopeds immer gut an, das ist ja ganz klar, und jede von der Clique im Freizeitheim wollte einmal mitfahren, und das war eigentlich recht gut. Da hat es eigentlich nie irgendwelche Schwierigkeiten gegeben. Ich habe dann bis 1973 in der Wohnung mit meiner Mutter und meinem Bruder gewohnt.

I:

Wie war denn da das Kommunikationsklima?

G:

Also da hat es eigentlich nie irgendwelche Schwierigkeiten gegeben. Ich bin da früh am Morgen in die Arbeit gegangen, am Abend nach der Arbeit bin ich nach dem Essen wieder mit dem Motorrad weggefahren oder sonst irgend etwas.

I:

Wie haben Sie die damalige Beziehung zu Ihrer Mutter empfunden?

G:

Die Beziehung zu meiner Mutter kann man schon als gut bezeichnen. Im Gegensatz zum Vater. Sie war halt eifersüchtig auf meine Freundin. Sie hat gemeint, ihrem Sohnnemann wird da gleich etwas angetan oder so in der Richtung. Das ist jetzt bei meinem Bruder genauso. Das ist ganz klar. Das ist halt einmal so, mit dem muß man sich abfinden, daß die da immer wieder das Spinnen anfängt. Ich habe zu meiner Mutter schon gehen können, wenn ich etwas auf dem Herzen hatte. Die Beziehung war halt so lange gut, bis ich eine Freundin hatte. Und da hat es natürlich ausgehakt bei ihr. Mit dem Problem muß mein Bruder jetzt noch leben. Bei meiner ersten Freundin war das praktischer. Die hatte eine eigene Bude, und da bin ich immer zu ihr. Die habe ich natürlich nicht mit nach Hause mitgebracht, da ja meine Mutter so eine Aversion dagegen hatte. Das ist ganz klar. Ich bin deshalb dann 1973 ausgezogen und habe mit meiner damaligen zweiten Freundin eine eigene Wohnung bezogen. Das war dann schon angenehmer mit der eigenen Bude, das ist klar.

I:

Wenn Sie so zurückblicken, bis hin auf Ihre Kindheit, sind Ihnen da noch irgendwelche prägende Erlebnisse, einschneidende Erfahrungen oder Ängste in Erinnerung?

G:

Das einzige, woran ich mich noch erinnern kann, war, daß ich als kleines Kind immer durch das Nägelbeißen eine Nagelbettentzündung hatte. Mir ist dann immer

der Nagel entfernt worden, und da habe ich dann immer Angst vor Männern im weißen Kittel gehabt. Auch wenn das nur ein Maler war. Da war ich vielleicht vier oder fünf Jahre alt. Sonst war da nichts.

I:

Wie haben Sie Ihre Entwicklung zum Geschlechtswesen, Ihre psychosexuelle Entwicklung und Reifung erlebt? Gab es da Probleme oder Schwierigkeiten irgendeiner Art?

G:

Nein, da war alles normal.

I:

Wenn Sie einmal auf Ihre bisherigen Partnerschaften und Beziehungen zurückblicken, können Sie dann erklären, anhand welcher Aspekte und Erwägungen Sie Ihre Partnerwahl trafen?

G:

Ja, einmal, daß die irgendwie nett waren, in Ordnung waren und ungefähr dieselben Ansichten gehabt haben wie ich. Sonst gibt es Schwierigkeiten. Man kann ja nicht mit einer zusammenleben, die total andere Ansichten hat. Das gibt ja jeden Tag einen Kampf. Das ist ja auch nichts. Das muß schon irgendwie in Ordnung sein. Also praktisch, daß halt irgendwo alles ausgeglichen ist oder so in der Richtung. Die erste, mit der ich gegangen bin, die hat ab und zu Haschisch geraucht, und die hat auch ein bißchen andere Ansichten gehabt. Die ist immer allein in Kneipen herumgezogen, und das alles hat mir dann nicht mehr gepaßt. Da haben wir dann lieber aufgehört, das ist ganz klar. Ich habe da mehr eine konservative Auffassung. Das ist ganz klar. Wenn eine fremdgeht, dann kann ich die Partnerin nicht mehr akzeptieren. Dann würde ich aufhören. Auf alle Fälle. Bei der zweiten Beziehung war es so, daß da die Freundin aufgehört hat. Die war alle paar Stunden bei ihrer Mutter, und die hat dann gegen mich gehetzt. Ab und zu habe ich die dann auch noch geschlagen, und das hat der dann irgendwie nicht gefallen. Der ihre Mutter hat sich einen anderen Schwiegersohn erhofft als einen, der immer mit dem Motorrad herumkurvt. Manche haben da ja recht eigenartige Ansichten.

I:

Ich bedanke mich für dieses Gespräch.

Biographie und Krankengeschichte des dritten Patienten.

Tonbandprotokoll des Interviews mit Herrn S.

I:

Bitte schildern Sie mir Ihre augenblickliche Symptomatik und das Ausmaß Ihrer Beschwerden, so, wie Sie sie empfinden und erleben.

S:

Ja, ich bin halt sehr wetterfühlig; der gestrige Föhn und auch heute noch macht mir sehr zu schaffen. Ich habe gestern und heute Nitrolingual gebraucht. Seit dem 10. Juli brauchte ich gar nichts mehr. War auch wieder in der Lage im Gegensatz zum Frühjahr und frühen Sommer, bergzusteigen. Auf 2700 Meter bin ich wieder hinauf und habe mich praktisch pudelwohl gefühlt, aber gestern war doch ein leichter Rückschlag wieder. Dann was meine Darmerkrankung anbelangt, habe ich vorige Woche seit längerer Zeit wieder Blutungen gehabt und Durchfälle. Ich habe wieder in letzter Zeit beruflich sehr viel mit der Schule zu tun gehabt, Wahlkampf und so weiter, und ich schätze, daß das meine Krankheit mit beeinflußt hat.

I:

Sie glauben also, daß Stressfaktoren aus Ihrer Umwelt Ihre Krankheit beeinflussen, wenn nicht sogar verschlimmern.

S:

Mit Sicherheit. Mit Sicherheit. Ärger natürlich, wenn stundenlang Konferenzen sind, und dieses klappt nicht; man wird nervös, das Kollegium ist 29 Mann stark, hauptsächlich Frauen, und jeder möchte seinen eigenen Wunsch haben, das geht einem dann schon auf den Darm.

I:

Warum geht das eigentlich „auf den Darm“?

S:

Ich habe das im Magen auch gespürt. Ich habe Gastritis schon seit meinem dreiundzwanzigsten Lebensjahr, und es hat dann schon sich auch auf den Magen geschlagen, und als Folge davon ist wahrscheinlich auch das ganze vegetative Nervensystem mit beeinträchtigt. Es geht auch auf den Kreislauf; ich habe sonst immer 140/90 mm Hg Blutdruck gehabt in ruhigen und angenehmen Situationen, aber letzten Freitag wurde beim Arzt 145/100 mm Hg gemessen, nicht verwunderlich, ich meine, allgemein habe ich auch leichte Atembeklemmungen in Momenten, wo ich ein Problem anpacken muß, wo ich im mitmenschlichen Bezug zu den Kolleginnen und Kollegen recht aggressiv werden muß, um mich durchzusetzen und so, was mir dann leid tut. Auf der anderen Seite reagiert ein Teil der Menschheit nur auf eine

bestimmte Härte, und das schlägt sich bei mir sofort auf den Magen nieder und auf den Darm.

I:

Wann begann Ihre Krankheit? Gab es so etwas wie eine auslösende Situation?

S:

Zum ersten Mal habe ich Blut im Stuhl entdeckt, das war 1963/64. Die richtigen Darmblutungen begannen 1965/66. Die ersten Verbote kamen, da war ich schon verheiratet, 1962/63, aber das kann ich nicht mehr so auf das Monat oder auf den Tag genau sagen. Das waren leichte Verkrampfungen im Bauchbereich mit Darmblutungen. Dann war wieder eine gewisse Zeit Ruhe, und dann war es ganz schlimm 1965/66, als ich noch in G. Lehrer war. Da bin ich jeden Tag in aller Frühe nach G. gefahren, und da waren die Verkehrsbehinderungen durch die Umbauten in der Innenstadt, und da war ich schon im Hetzen. Das hat sich schon sehr stark ausgewirkt. Dann sind wir nach Frankreich, und damals hatte meine Frau mit mir eine absolute Diät gemacht, also eine richtige Diät - das war 1966/67, glaube ich -, und da waren auch die Handballer dabei, da ich der Vorsitzende vom Handballverein bin, und in Frankreich ließ sich die Diät nicht aufrechterhalten; Südfrankreich, Marseille, das scharfe Essen Sie verstehen. Da konnte man auch nicht nein sagen, weil wir ja Gäste waren bei Familien, und wir mußten auch ziemlich viel wieder trinken und vor allem Rotwein, und dann waren ganz plötzlich die Darmbeschwerden weg. Mein Hausarzt meinte dazu, die Gerbsäure des Weines, Beaujolais und so weiter, würde bewirken, daß die Darmbeschwerden zurückgingen. Von da an habe ich dann immer 0,5 - 0,7 l eines besseren Rotweins getrunken, und das hat meine Krankheit in Grenzen gehalten. Und dann kam ich zu einem Arzt, den ich schon früher einmal wegen meiner Gastritis besucht hatte, und der hat mir Azulfidine verschrieben, die damals, 1967, gerade auf den Markt kamen. Das hat dann immer gewirkt bei mir. Innerhalb von zwei bis drei Tagen waren die Beschwerden nach Tabletteneinnahme weg. Aber, wie gesagt, wenn ich das jetzt so nachvollziehe, es waren immer solche Stress-Situationen, wo das Ganze losging. Zuerst Gastritis und dann als Folge die Darmbeschwerden.

I:

Wie sah der weitere Krankheitsverlauf bis zum heutigen Tage aus?

S:

Also von Periode oder Rhythmik des Verlaufs kann man nicht reden. Da war oft ein Jahr lang fast nichts, höchstens einmal ein oder zwei Tage, aber nach vier oder sechs Azulfidine war das wieder vorbei. Also da war schon immer wieder Aufregung. Das habe ich jetzt immer versucht zu rekonstruieren. Es

war immer wieder Aufregung dazwischen und schulisch bedingt, beruflich und so, kommunalpolitisch und so weiter, so daß sich das dann so ausgewirkt hat. Aber dann war bestimmt wieder ein gutes halbes Jahr absolute Ruhe. Da hatte ich meinen normalen Stuhlgang. Und dann wieder ganz plötzlich geht es wieder los. Und zwar kriege ich das meistens immer drei bis vier Tage nach einer Aufregung. Nicht sofort. Die Gastritis bekomme ich relativ schnell. Aber die Darmbeschwerden immer erst drei bis vier Tage nachher. Das ist das Interessante. Man sollte meinen, daß es sich sofort auf den Magen schlägt, aber das ist nicht der Fall. Das dauert drei, vier Tage. Dann rührt sich das. Dann sind da die Darmbeschwerden da. Blutungen, Krämpfe, Schmerzen.

I:

Wenn ich nochmals auf den Zeitraum zurückkommen darf, wo Ihre ersten Beschwerden begannen. Das war nach Ihren Angaben 1962/63. Wie sah Ihre damalige familiäre und berufliche Situation aus? Wie haben Sie sie empfunden?

S:

Ja, nun 1962 habe ich meine zweite Lerhamtsprüfung gemacht, und da kam der Sohn im März auch auf die Welt. Wir haben 1959 geheiratet.

I:

Darf ich kurz unterbrechen. Hatten Sie zum Zeitpunkt Ihrer Verhehelichung schon irgendwelche Beschwerden dieser Art?

S:

Was den Darm anbelangt, nicht. Was die Gastritis anbelangt, ja. Bis wir uns zusammengerauft haben, meine Frau und ich, also noch vor der Ehe auch, und dann hat es Schwierigkeiten mit dem Schwiegervater gegeben, mit der Wohnung und so weiter. Es haben hier auch noch andere Leute gewohnt, und wir haben oben ausgebaut. Ich bin damals um 13 Uhr von der Schule heimgekommen, und dann sofort in einen Maurerkittel hinein. Ich habe oben in diesem Haus hier mit meinem Bruder und meinem Schwiegervater zusammen das Dachgeschoß ausgebaut, und ich mußte jeden Tag nach M. fahren mit dem Zug und dann nach H., wo eine reine Landschule war mit sehr mißlichen Verhältnissen. Das Klassenzimmer war 30 Quadratmeter groß bei 33 Schülern, und ich habe da Klasse fünf mit acht gehabt, mußte auch Prüfung machen, und genau zu diesem Zeitpunkt ist der Sohn auf die Welt gekommen. Meine Frau war noch im Krankenhaus, als ich die Prüfung hatte. Das alles hat sich schon bemerkbar gemacht, aber, wie gesagt, ich schätze, daß das Ganze sich erst im Laufe des Jahres 1962 und Anfang 1963 durch die Darm-erkrankung ausgewirkt hat.

I:

Sie würden also meinen, daß eine Reihe von Stressfaktoren und Konflikten, verteilt über einen längeren Zeitraum, sich in ihrer pathogenen Gesamtwirkung schlußendlich auf Ihren Darm niedergeschlagen haben?

S:

Ja, ja, aber kein unmittelbarer Niederschlag, sondern nach einer gewissen Karenzzeit von ein paar Monaten. Die zweite Prüfung hat sich ja ungefähr ein halbes Jahr hingezogen. Im März 1962 war die praktische Prüfung und im Juli die theoretische Prüfung. Es war dann Sommer, so zu Beginn der großen Ferien, also nach den ganzen Prüfungen, habe ich die ersten eigentlichen Darmbeschwerden festgestellt, schätze ich. Aber so genau kann ich das jetzt auch nicht mehr sagen. Meine Frau hat im März entbunden, und als sie entlassen wurde aus dem Krankenhaus, habe ich gerade meine praktische Prüfung gehabt. Da gab es natürlich auch Ärger im Haus, Generationenprobleme mit den Schwiegereltern und der Tante, die alle in diesem Haus wohnten. Es gab da die ersten Vorboten der Darm-erkrankung. Der Stuhl war zwar hart, aber es waren da ab und zu Blutspuren darin. Dann gab es wieder Durchfälle. Ich dachte anfangs, er wären Hämorrhoiden. Bei einer Untersuchung durch meinen Hausarzt wurden die ausgeschlossen. Dann war die schwierigste Phase von 1965 bis 1967, als ich noch in G. Lehrer war. Da mußte ich während eines Unterrichtsvormittags sechs- bis siebenmal auf die Toilette, mußte die Klasse allein lassen, und da kam nur Dünflüssiges und Blut. Wir sind dann 1966 nach Frankreich gefahren, und, wie gesagt, das hat dann geholfen. Nur Rotwein, die Gerbsäure, na ja, und ein Jahr darauf habe ich dann wieder den Doktor St. besucht, und der verabfolgte mir dann die Azulfidine. Und jetzt nehme ich die regelmäßig, wenn es kommt, vielleicht sechs bis acht Tabletten, und dann verschwinden wieder die Beschwerden. Rückblickend kann ich auf jeden Fall mit Gewißheit sagen, daß nach bestimmten Stress-Situationen und vor allem nach Konsum von scharfen Alkoholika - deshalb trinke ich keinen Schnaps - diese Krankheit häufig mit diesen Beschwerden auftritt, jedoch nicht immer. Das ist jetzt schon zwanzig Jahre, wobei die schlimmste Phase zwischen 1965 und 1967 war, wie bereits erwähnt.

I:

Hatten Sie denn zu dieser Zeit besondere Probleme oder Schwierigkeiten zu bewältigen?

S:

Ich weiß nicht; im Februar, März 1966 hatte ich Wahlkampf gehabt, da hatte mein Sohn seinen Geburtstag, an dem Tag, als hier Wahlen waren. Ich bin hier

in der Gemeinde Zweiter Bürgermeister. Damals habe ich zum ersten Mal für den Gemeinderat kandidiert und habe mich aktiv als Vorsitzender der Jugendorganisation unserer Partei am Wahlkampf beteiligt, hatte da auch mit den Parteioberen Zusammenstöße und so weiter. Unsere Jugendorganisation war ja damals selbständig und sehr selbstbewußt, und da hat es natürlich Reibungspunkte gegeben mit den Älteren. Ich war damals erst dreißig Jahre alt und - nein, noch jünger, achtundzwanzig oder neunundzwanzig, und, wie gesagt, wir haben uns das nicht gefallen lassen, aber es wurde dann auch gegen mich ein Parteiausschlußverfahren beantragt. Es gab da harte Briefwechsel hin und her und so weiter, und das hat sich schon auf die Nerven gelegt beziehungsweise auf den Darm.

I:

Das kann ich gut nachfühlen. Mich würde jetzt interessieren, wie Ihre Beziehung zu Ihren Eltern und Geschwistern war und ist. Wie haben Sie das Familienleben empfunden und erlebt?

S:

Ich habe noch einen drei Jahre jüngeren Bruder. Beide Eltern sind schon tot. Der Vater ist mit siebzig Jahren an Debilitas mentis, bedingt durch Verkalkung, gestorben. Er war am Schluß schon ziemlich verrückt. Meine Mutter ist an Brustkrebs gestorben, am Schluß war sie voller Metastasen. Eigentlich sind wir von den Eltern immer beschützt worden. Meine Mutter hat fast die Rolle einer Glücke gespielt, hat uns unter ihre Fittiche genommen. Aber es war ja auch bedingt durch die Kriegsumstände. Ich war zehn Jahre alt, als die Amerikaner einmarschiert sind, und dann die ganzen Bombenangriffe auf München. Die habe ich zwar nur am Rande, aber trotzdem lautstark und auch augenscheinlich mitbekommen, weil es sind ja bei uns auch Bomben geflogen; wir waren die ganze Zeit da, der Vater war im Osten zur Reichsbahn abkommandiert. Ja wir haben halt die ganzen negativen Einflüsse des Krieges von Anfang an - erster Bombenangriff 1939/40 durch die Franzosen auf München - mitbekommen. Das Verhältnis zu meiner Mutter war gut. Wir haben uns immer verstanden. Es war besser als das zum Vater. Mit sechs bis acht Jahren hat mich ja meine Mutter allein erzogen, hat uns allein erzogen, weil der Vater ja nur auf Urlaub einmal bei uns war, einmal im Jahr. Aber dann später, als ich auf die Schule gegangen bin und so, war der Vater schon präsent. Er war streng und hat von uns immer das Optimum erwartet, der Vater war Hauptsekretär bei der Eisenbahn. Meine Mutter hatte da ein höheres Anspruchsdenken, weil sie war damals von den Ursulinen erzogen worden, hatte unter großen Opfern ihrer Eltern als Mädchen Mittlere Reife gemacht, und dann bauten meine Eltern unter großen Opfern ein Haus hier in G.,

und das hat sich alles dann auch auf uns Kinder niedergeschlagen. Dann kam der Lastenausgleich, unser Haus wurde belastet, und das beim geringen Einkommen meines Vaters, mein Bruder ging auch auf die Schule, es mußte damals auch noch Büchergeld gezahlt werden und so weiter. Aber so gesehen kann man sagen, hatte wir ein sehr gutes Elternhaus.

I:

Würden Sie sagen, daß die Beziehung zu Ihrer Mutter intensiver war als zu Ihrem Vater?

I:

Ja, schon. Meine Mutter hat uns zum Beispiel Nachhilfe in Englisch gegeben. Hat die Hausaufgaben überwacht und so weiter. Der Vater kam abends um halb sieben Uhr müde nach Hause, hat vielleicht noch etwas im Garten gewerkelt, aber da haben wir nach außen gedrängt. In den Sportverein und so weiter. Deshalb war der Kontakt nicht so intensiv wie zur Mutter. Ich möchte sagen, daß meine Mutter den Haushalt organisiert hat. Der Vater hat halt das Geld gebracht und den Garten gemacht, das Haus mit erhalten und so weiter. Mehr Liebe ist von der Mutter ausgegangen. Deshalb möchte ich nicht sagen, daß unser Vater uns nicht geliebt hat und alles gegeben hat für uns, aber mehr Wärme, sagen wir einmal Nestwärme, ist von der Mutter ausgegangen, wobei ich auch sagen muß, daß zur Nestwärme mein Vater auch beigetragen hat. Er war jedoch sehr schwankend. Er war sehr launisch, und das hat sich natürlich auch auf meinen Bruder und mich niedergeschlagen. Wenn er grantig war, dann war der ganze Abend kaputt und der ganze Sonntag kaputt. Es war zum Beispiel das Schlimmste, wenn er am Sonntag aufgestanden ist und grantig war. Er konnte sehr weich sein und nachgiebig, hatte er jedoch seinen Grant, war er unnachgiebig.

I:

Wie war und ist denn die Beziehung zu Ihrem jüngeren Bruder gewesen?

S:

Ja, mein Bruder ist drei Jahre jünger. Es hat bei meinem Bruder Komplexe geschaffen, daß er kein Abitur machte, und ich durfte halt Lehrer studieren, oder ich hätte sogar Medizin studieren sollen, und das hat meinen Bruder schon gekränkt. Er läßt es uns auch heute noch merken, und wir leiden auch deshalb darunter. Meine Mutter hat natürlich den großen Fehler gemacht, daß sie mich als Leitbild mit Abitur hinstellte, während er mit mittlerer Reife dahinkrebte, und das hat natürlich Spuren hinterlassen, die noch bis heute nachwirken. Das gehobene Anspruchsdenken kam da bei uns von der Mutter her. Ich

persönlich habe das als starke Belastung empfunden. Meine Mutter wollte unbedingt, daß ich Griechisch lerne, da ihre drei Brüder gleichfalls auf humanistischen Gymnasien waren. Deshalb hat sie mich von der Schule in G. weggenommen und in das humanistische Gymnasium in P. gesteckt, und das habe ich nicht verdaut. Ich bin dann in der dritten Klasse ein Jahr hängengeblieben, weil ich mit Latein Schwierigkeiten hatte, was ich nachlernen mußte, da ich ja vorher kein Latein hatte. Darauf hat sie mich wieder in das alte Gymnasium nach G. zurück genommen. Aber das war halt ihr Anspruchsdenken, gefördert durch die Erziehung bei den Breslauer Ursulinen. Sie hatte damals 1917/18 mittlere Reife gemacht, was ja für ein Mädchen schon gar nicht alltäglich war. Wie gesagt, die Nestwärme war zwar auch durch meinen Vater vorhanden, aber die herzliche, die gütige Wärme - gütig war mein Vater auch zeitweilig, ja, das stimmt schon - kam hauptsächlich von der Mutter. Mein Vater hatte durch seine Tätigkeit bei der Reichs- beziehungsweise Bundesbahn Freikarten, und ich wäre gern oft mit meinem Vater Bergsteigen oder Skifahren gegangen, was er aber nicht wollte. Er sah seine Aufgabe im Garten und in der Hausarbeit, in sonst nichts. Die ganze Kindheit und Jugend ist er mit uns ein- oder zweimal ins Gebirge gefahren. Wenn er gewollt hätte, hätte er ja bloß die Freifahrtscheine oder die Pfennigkarten im Dienst nehmen brauchen. Das hätte mir schon sehr gefallen. Mein Vater hat die Kinder zwar voll bejaht, aber ich persönlich hätte mir mehr Zuwendung gewünscht. Natürlich bin ich dann ausgewichen in die Sportvereine, habe Fußball, später Handball, Boxen und Tischtennis gemacht und war beschäftigt. Da ist mir das nicht mehr so abgegangen. Aber jetzt rückblickend hätte es mir gutgetan, wenn er gesagt hätte: „Komm, jetzt packen wir den Rucksack, nehmen eine Brotzeit mit und gehen ins Gebirge.“ Das hätte mir gutgetan.

I:

Ihre Eltern sind beide schon gestorben. Wie haben Sie die letzten Tage Ihrer Eltern empfunden und erlebt?

S:

Ach der Tod vom Vater, der zuerst gestorben ist, war auch schon schwer. Ich meine, genau genommen, waren wir bei beiden froh, daß sie sterben konnten, weil der Vater leiden mußte wie die Mutter. Am Schluß war mein Vater schon so im Delirium, daß er gemeingefährlich war. Er ist wiederholt auf die Mutter losgegangen, und ich mußte da zuweilen zu Hilfe kommen. Die Mutter hat ja am Schluß nur noch Valium und Morphin bekommen, und da waren wir auch froh, als sie sterben konnte. Was mich mehr geschmerzt hat, weiß ich nicht. Mein Vater ist 1971 gestorben und meine Mutter zehn Jahre später. Als mein Vater gestorben

ist, war die Sorge um die nun alleinstehende Mutter vorherrschend. Trotz des Todes des Vaters hat uns am Schluß die Mutter noch mehr leid getan, andererseits waren wir froh, daß sie nicht mehr dieses Übel mit der Krankheit des Vaters hatte. Sie war gehbehindert und hat ihn bis zur letzten Stunde versorgt. Sie ist dann wirklich richtig wieder aufgeblüht mit ihren 64 Jahren, unternahm mit dem Frauenbund und dem Altenclub einiges und so weiter. Das hat ihr gutgetan. Das konnte sie ja jahrelang nicht aufgrund der Krankheit meines Vaters, den sie bis zuletzt aufopfernd pflegte.

I:

Würden Sie sagen, daß Ihre Eltern eine gute und gefestigte Beziehung hatten?

S:

Ja, ja. Nur die Launen meines Vaters. In Gesellschaft konnte er so gesellig sein, und von einer Minute auf die andere ist er umgeschlagen. Das war aber meines Erachtens schon Ausdruck seiner Krankheit. Schon immer. Das hatte dann auch Auswirkungen auf die Ehe. Der wußte nie in der Frühe, wenn er aufstand, ob er lustig oder grantig ist. Das hat mich schon belastet. Das hat mir schon im Magen weh getan, wenn ich sehen mußte, wie er die Mutter tyrannisierte. Vor allem morgens war er unausstehlich. Das hat mir weh getan. Es hat mir regelrecht weh getan, wenn ich in der Frühe hörte, daß der Vater grantig ist. Ich habe dann schon gemerkt, wenn er „knurrte“, wie meine Mutter es immer bezeichnete -, und da hatte ich schon ein dumpfes Gefühl gehabt. Das war auch schon in meiner Kindheit. Ich hatte da persönlich ein Schmerzgefühl.

I:

Das kann ich gut verstehen. Hatten Sie denn in Ihrer Kindheit noch anderweitige traumatische Erfahrungen, an die Sie sich ungern erinnern?

S:

Ja nun, daß mich mein Vater wegen eines Latein-Fünfers geschlagen hat und einen Hammer nachgeworfen hat und so weiter, das war ein Schock für mich. Und dann natürlich die Bombenangriffe.

I:

Das waren wohl Erfahrungen zwischen dem achten und dem zwölften Lebensjahr. Reichen Ihre Erinnerungen vielleicht noch weiter zurück?

S:

Nein, da weiß ich nichts.

I:

Haben Sie noch Erinnerungen hinsichtlich Ihrer Sauberkeitserziehung?

S:

Meine Mutter hat mich schon sehr sauber erzogen. Aber ich war lange Zeit Bett-nässer bis zu meinem neunten Lebensjahr. Wahrscheinlich durch die Kriegsstände, meines Erachtens durch die Fliegerangriffe bedingt. Als ich so fünf bis sechs Jahre alt war, war mein Vater ja weg, im Krieg. So im Alter von zwei bis vier Jahren muß ich ein sehr lebhaftes Kind gewesen sein, wie ich aus Erzählungen von Verwandten her weiß. Also die Sauberkeitserziehung war schon sehr genau. Aber wir haben das als Selbstverständlichkeit empfunden. Da hat es nichts gegeben. Von dem abgesehen hatte ich immer wieder so Alpträume als Kind. Da waren so Rollen, die ich im Traum gesehen habe. So große Kugeln, die mich immer wieder beschäftigten. Ich weiß noch, daß dieser Traum immer wiederkehrte. Das waren so Rollen, die so eine Perforation gehabt haben oder irgendwie. Ich kann mich jetzt nur noch ganz schwach erinnern, aber ich weiß, daß das in mir drin saß. Das war in der frühen Kindheit. Und dann auch im Krieg. Ich muß sagen, im Krieg habe ich doch einiges mitgemacht. Da haben uns Tiefflieger erwischt, die Bombenangriffe und so weiter. Da hatte ich immer schreckliche Angst. Ich war da so sieben, acht Jahre alt. Da konnte ich nicht einmal mehr die Sirene hören. Ich bin da so richtig zusammengezuckt. Wir sind da immer in die Kirche in den ausgebauten öffentlichen Luftschutzbunker gerannt. Unser Haus war allein stehend ohne Bunker. Wir sind wieder einmal zur Kirche gerannt, und während des Bombenangriffs haben uns die Tiefflieger richtiggehend gejagt. Richtig auf uns geschossen. Wir haben uns am Straßenrand an einen Zaun hingeworfen, und da sind die Maschinengewehrgeschosse zwei, drei Meter neben uns hinein. Der Dreck ist an uns hingespritzt und so weiter. Nach dem Krieg ging ich dann ins Gymnasium. Da gab es so die normalen schulischen Belastungen. Nichts Auffälliges. So ab dem fünfzehnten Lebensjahr begann ich dann systematisch - also in Vereinen organisiert - Sport zu betreiben.

I:

Wenn Sie einmal so auf Ihre sexuelle Entwicklung und Reifung zurückblicken, gab es da irgendwelche Irritationen oder Ängste, Probleme oder Beklemmungen?

S:

Nein, ich könnte das als normal bezeichnen. Nein, also ich habe das ja durch das Studium auch mitbekommen, und deshalb kann ich ruhig sagen, das ist normal, das Ganze. Meine erste Beziehung zu einer Frau hatte ich in der Ehe. So gesehen, war ich ein Spätentwickler. Das lag auch an der religiösen Erziehung. Aber wie gesagt, ich habe viermal in der Woche trainiert und hatte deshalb einfach keine Zeit, mich so intensiv um Mädchen zu kümmern. Auch während der Gymnasialzeit

war da keine Zeit. Ich wohnte die ganzen Jahre bis zur Verheiratung zu Hause. Meine Frau kannte ich schon von der Volksschule her; sie sagt, wir würden uns schon vom Kindergarten her kennen, obwohl ich mich da nicht mehr daran erinnern kann. Wir waren dann zusammen bei der katholischen Jugend und dann gemeinsam Pfadführer bei den Pfadfindern, und wir sind uns dann durch das Bergsteigen und Wandern, Touren und so weiter nähergekommen. Mit vierundzwanzig Jahren heirateten wir dann, also nach meinem Studium und zu Beginn meiner ersten Anstellung. Mit der gemeinsamen Wohnung hatten wir dann Schwierigkeiten. Hier in diesem ehemaligen Haus meiner Schwiegereltern sind wir von einem Zimmer ins andere gezogen. Es waren da noch Untermieter da, die der Schwiegervater nicht energisch genug zum Auszug bewegte. Wir haben dann noch ausgebaut, es war dann viel Dreck im Haus, meine Frau war schon hochschwanger, und bedingt durch diese ganzen Umstände bin ich mit meiner Frau zu meinen Eltern umgezogen. Vorher wohnen wir in der Wohnung meines Großvaters, der ins Pflegeheim mußte. Wir hatten da eine Zweizimmer-Wohnung für uns allein. Das war vierzehn Tage nach der Eheschließung, als wir einzogen. Das war schon ein Einbruch. Wir hatten bis dahin jeder von uns beiden bei den Eltern gewohnt. Der Rhythmus und die ganze mütterliche Fürsorge bis dahin, nicht selbständig sein, jetzt geregelter Beruf nachgehen und das weite Fahren zur Arbeit - ich bin jeden Tag von hier nach D. gefahren, was 168 Kilometer bedeutete - und der eigene Haushalt, den meine schwangere Frau neben der Arbeit allein führte. Und dann fing ich 1959/60 mit meinem Bruder und Schwiegervater an, hier in diesem Haus meiner Schwiegereltern das Dachgeschoß auszubauen. Bis 1962 dauerte meine Referendarzeit an. Und dann sind wir hier oben eingezogen, es kam dann der Sohn zur Welt, ich mußte mich auf die zweite Prüfung vorbereiten, und obwohl die Wohnung relativ groß war, haben wir schon nach unten gedrängt. Da hat der Schwiegervater nicht so mitgemacht.

I:

Wenn ich Sie unterbrechen darf. Warum sind Sie eigentlich aus der Zweizimmer-Wohnung ausgezogen?

S:

Man hat uns hinausgeklagt. Das war eine Genossenschaftswohnung. Wir wären aber sowieso nicht geblieben. Die war feucht und zu klein für uns zwei mit einem Kind noch dazu. Wir wollten uns da oben im Haus ja etwas schaffen. Aber als das zweite Kind 1962 kam, da war uns das echt zu klein. Wir sind dann 1964 hier im Haus in das Parterre gezogen. Den weiteren Ablauf der Geschehnisse habe ich ja schon erzählt.

I:

Ich bedanke mich für dieses Gespräch.

*Biographie und Krankengeschichte der vierten Patientin.
Tonbandprotokoll des Interviews mit Frau B.*

I:

Bitte schildern Sie mir Ihre aktuellen Beschwerden und das Ausmaß Ihrer Erkrankung. Wie fühlen Sie sich augenblicklich?

B:

Augenblicklich sind sie wieder so, daß ich Durchfälle wieder habe, Schmerzen habe, und dann nehme ich mein Quantalan gegen die Durchfälle; die Schmerzen sind krampfartig, oberhalb des Nabels und haben in der letzten Zeit ständig zugenommen. Und ich muß auch sagen, daß ich früher nie Schmerzen in diesem Sinn gehabt habe. Schon so einen Druck da über dem Nabel, aber Schmerzen habe ich erst, seit das Kind auf der Welt ist. Da wurde es so schlimm, und da bekam ich auch die Schmerzen. Wenn ich mich zum Beispiel aufrege, dann bekomme ich hinterher Schmerzen. Aber auch so, wenn ich vor dem Fernseher liege, bekomme ich plötzlich Schmerzen. Oder im Bett. Der Darm krampft sich da richtiggehend zusammen. Da kann ich gar nicht atmen. Das ist so, wie wenn mir die Luft wegbleibt. Und das flaut dann langsam wieder ab. Seit ich diese Krankheit habe, habe ich nur Durchfälle. In der Schwangerschaft war das überhaupt nicht der Fall. Da war ich vollkommen gesund, so ungefähr; sonst jedoch nur Durchfälle, nie eine Verstopfung. Wie Wasser kommt das. Solange ich das Cortison genommen habe, ist es mir relativ gut gegangen. Jetzt aber geht es wieder schlechter. Ich nehme jetzt seit August kein Cortison. Aber wie gesagt, seitdem das Kind da war, ist es bergab gegangen, weil ich vorher nur Durchfälle hatte, aber mich sonst recht wohl fühlte. Da waren nicht die Schmerzen da, wie das jetzt der Fall ist.

I:

Wann mußten Sie zum ersten Mal Beschwerden dieser Art feststellen? Gab es so etwas wie Vorboten Ihrer Krankheit?

B:

Das war 1970. Da waren wir in Jugoslawien in Urlaub. Da war meine Mutti, meine Tante und mein damaliger Freund dabei. Und da weiß ich, daß ich im Urlaub krank war. Vorher hatte ich nie Beschwerden dieser Art. Keinen Durchfall, nichts. Da habe ich eher Verstopfungen gehabt. In dem Urlaub war mein Vater nicht dabei, denn meine Eltern sind seit 1968 getrennt. Ich habe bei meiner Mutti geschlafen im Zimmer - ich war damals siebzehn Jahre alt -, und mein Freund und meine Tante hatten ihre Einzelzimmer.

I:

Hätten Sie lieber mit Ihrem Freund zusammen ein Zimmer genommen?

B:

Ich weiß nicht. Ich meine, ich war da ja noch so jung. Und das war für mich noch nicht so wichtig, glaube ich. Das weiß ich jetzt auch nicht mehr. Ich hätte auch kein Bedürfnis danach gehabt, mit ihm zu schlafen. Ich hätte es sonst bestimmt gemacht. Ich meine, von seiner Seite her bestand vielleicht schon das Bedürfnis - das weiß ich nicht -, aber bei mir war da das Interesse nicht so da, und dann hätte ich mich auch nicht getraut. Aus der Sicht, wie ich es heute sehe, war das mit meinem damaligen Freund eher eine Kameradschaft. Das war keine wirkliche Liebe. Ich glaube, ich hätte mit dem nie geschlafen, wenn er es nicht gewollt hätte. Weil er wahrscheinlich nicht mein Typ war. Wir haben uns mit sechzehn Jahren kennengelernt, und er war lustig, und wir hatten viel Spaß, aber es war doch nicht so das Richtige.

I:

Wie war denn Ihre Mutter Ihrem Freund gegenüber eingestellt? War ihr die Anwesenheit Ihres Freundes recht?

B:

Ja sie war ja dabei. Es gab überhaupt keine Schwierigkeiten. Ich wüßte nicht, daß es da Probleme gegeben hat.

I:

Warum sind Sie eigentlich nicht allein mit Ihrem Freund zusammen in Urlaub gefahren?

B:

Ich weiß auch nicht. Ich meine, ich habe ... wie soll ich sagen, wie soll ich das jetzt sagen, ich wollte halt gerne mit meiner Mutti auch fahren. Weil erstens ist sie eben auch allein gewesen damals, als das mit meinem Vater war, und ich habe immer das Gefühl gehabt, ich muß meine Mutti überall mit hinschleppen. Also so ein richtiges ... ein Schuldgefühl. Ich wollte halt einfach, daß sie bei mir ist und ich bei ihr so ungefähr. Und wir sind ja auch dann bis 1972 noch miteinander in den Urlaub gefahren. Da war immer meine Mutti dabei und meine Tante und mein Freund. Ich meine, sie hätte mir da irgendwie leid getan, wenn ich allein weggefahren wäre mit meinem Freund. Ich war ja auch bis zum fünfundzwanzigsten Lebensjahr daheim, wenn mich nicht mein Mann da rausgeholt hätte. Ich habe immer das Gefühl gehabt, ich muß für sie dasein, und

daß sie jemand hat und durch das mit meinem Vater, daß der weggegangen ist ... es ist ja auch blöde; ich habe immer das Gefühl gehabt, ich muß für sie sorgen so ungefähr. Es hat oft Streitereien gegeben mit meinem Freund deshalb. Aber ich wollte das einfach, daß meine Mutter dabei ist, weil sie mir wichtiger war wie alles andere - zu der Zeit wenigstens. Und da spielt eben viel mit das mit meinen Eltern; das war 1968 mit der Trennung. Mein Vater hatte da Jahre vorher eine jüngere Frau, und ich habe mich total auf die Seite von meiner Mutter geschlagen. Ich habe das Verhalten meines Vaters nicht akzeptiert. Heute verstehe ich es, aber damals habe ich es nicht verstanden. Da hat nur meine Mutter gezählt, weil die eben die schwächere war.

I:

Wenn ich Sie nochmals zum Jahr 1970 zurückführen darf. Können Sie sich noch erinnern, wann die ersten Beschwerden auftraten? Wie war die damalige Situation?

B:

Im Urlaub gleich nach dem Migräneanfall. Ich habe nach der langen Hinfahrt am Abend etwa um 21 Uhr starke Kopfschmerzen bekommen, mußte mich übergeben und so weiter. Es war für mich die erste große Auslandsreise, mit Flugzeug, Schiffsfahrt und so weiter, und dann hatte ich den ganzen Urlaub über auch diese Durchfälle. Ich meine, ich hatte schon immer starke Kopfschmerzen gehabt, bis zur Pubertät jeden Tag fast Kopfweg gehabt. Ich glaube, ich hatte bei dem damaligen Urlaubsbeginn schon den ganzen Tag über Kopfschmerzen, aber dann da im Zimmer, da war es am schlimmsten. Das war so ein richtiger Anfall. Mir war auch so ... ich ... im Bett, ich habe das gar nicht mitgekriegt, wer da alles da ist oder wer da im Raum ist, und ich bin dann bloß noch auf die Toilette und mußte mich übergeben, und irgendwann bin ich dann eingeschlafen, und am nächsten Tag war es aber gut. Das mit den Durchfällen kam dann irgendwann während der vierzehn Urlaubstage. Genau weiß ich das nicht mehr. Irgendwann. Ich habe auch schon immer nachgedacht, wann diese Krankheit angegangen ist. Ich weiß eben bloß noch das Erlebnis mit dem Urlaub. Ich glaube, ich habe den ganzen Urlaub schon einen Durchfall gehabt. Vielleicht lag es auch am Klima, aber ich war ja vorher auch schon immer im Ausland. Wir sind mit meinen Eltern schon immer in den Süden gefahren, und 1968 war ich mit meinem Bruder in Jugoslawien.

I:

Sie waren bis dahin noch nie alleine mit einem Freund im Urlaub gewesen?

B:

Ja. Aber mit ihm ging das schon. Er war nicht so forsch, und ich habe das auch ausgenutzt. Der hat alles gemacht, was ich gesagt habe. Ich brauche jemanden,

der das mir einmal sagt, jetzt machst du es so und so, und nicht ich immer alles. Der war halt recht brav. Das war aus meiner heutigen Sicht einfach nichts Gescheites.

I:

Vielleicht versuchen wir jetzt, den weiteren Verlauf Ihrer Symptomatik zu verfolgen. Welche Beschwerden hatte Sie in den nachfolgenden Jahren?

B:

Ich weiß nicht mehr, wie das daheim weiterging. 1971 und 1972 waren wir auch wieder in der gleichen Zusammensetzung im Urlaub. Einmal in Spanien. Aber wie gesagt, ich weiß von diesen zwei Jahren nichts mehr. In der Zwischenzeit habe ich wohl auch mit meinem Freund geschlafen, aber ich weiß nichts mehr davon. Daß es passiert ist, muß sein, weil wir 1973 in Italien im Urlaub waren, und dort habe wir schon regelmäßig miteinander geschlafen. Auch was meine Krankheit angeht, kann ich mich an diese zwei Jahre nicht erinnern. Ich weiß bloß, daß ich 1973 die Krankheit schon hatte. In dem Urlaub hatte ich sie schon. 1973 sind wir das erste Mal allein in Urlaub gefahren. Mir war das recht unangenehm mit diesen ständigen Durchfällen. Ich hatte damals in diesem Urlaub immer die Angst, hoffentlich schaffe ich es, rechtzeitig auf die Toilette zu kommen. An das kann ich mich erinnern. Am schlimmsten war es immer in der Frühe. Da mußte ich grundsätzlich sofort auf die Toilette. Und dann meistens noch zweimal am Morgen. Meistens insgesamt dreimal. In der Nacht mußte ich nie. Jetzt ist es so, daß ich meistens abends muß und in der Nacht. Früher war es immer so, daß ich frühmorgens dreimal mußte und dann vielleicht zwei- bis dreimal über den Tag hin verteilt, aber am Abend war da Ruhe. Und seit der Geburt meines Kindes muß ich am Abend und in der Nacht vor allem auf die Toilette. Ich schlafe auch seither sehr schlecht. Ich muß plötzlich raus und auf die Toilette.

I:

Hat Sie das eigentlich sehr belastet? Wie haben Sie das empfunden?

B:

Nein, das hat mich eigentlich nicht so belastet. Es war halt unangenehm mit der ständigen Toilettensuche. Aber mich hat das eigentlich nicht so belastet. Weil mir das an sich lieber ist als diese Verstopfungen oder wenn man nicht auf die Toilette gehen kann. Da fühlt man sich immer wohl, wenn man entleert ist. Mir hat das nichts ausgemacht. Ich bin dann gegangen, wenn es notwendig war. Gerade wenn ich allein zum Beispiel war, daheim, da hat mich das überhaupt nicht gestört. Weil ich kann dann gehen, und das stört einen überhaupt nicht. Das

einzigste, was mich gestört hat, war, daß ich, wenn ich unterwegs war, oft Angst bekam, nicht mehr rechtzeitig zu einer Toilette zu kommen. Sonst wäre ich ja schon viel eher zum Arzt gegangen. Mich hat das überhaupt nicht irgendwie belastet. Und die Beschwerden waren ja unbedeutend. Ich habe bloß einen leichten Druck nach dem Essen über dem Nabel gespürt. Vor der Schwangerschaft waren die Schmerzen nie da.

I:

Darf ich auf das Jahr 1973 zurückkommen. Sie sagten, in diesem Urlaub war Ihre Mutter nicht dabei. Warum nicht?

B:

Wir haben gesagt, wir fahren jetzt allein. Darum stelle ich mir ja vor, daß das vorher passiert ist, und da wollten wir halt allein fahren. Ich weiß das aber nicht mehr. Wir haben ja dann auch ein Zimmer für uns genommen und haben da ja auch öfters miteinander geschlafen. Nach 1973 war die Krankheit immer gleichartig. Es ist nicht schlimmer geworden, das war immer gleich. Durchfälle und sonst nichts. Wenn ich aufgereggt war zum Beispiel, dann bin ich auch fünf- bis sechsmal hintereinander gegangen. Oder wenn ich heute irgend etwas zu erledigen habe, dann muß ich schon vorher schnell noch auf die Toilette. Jedenfalls ging das dann so weiter, daß ich 1974 einen verheirateten Mann kennenlernte. Da wollte ich mich von meinem Freund trennen, habe das aber nicht geschafft, weil erstens habe ich es ihm nicht sagen können, und er ist außerdem dann so krank geworden. Er hat dann Depressionen bekommen und hat abgemagert, und ich bin richtig schockiert gewesen, daß der so krank werden kann. Er hat mir dann so leid getan, daß ich eben nicht Schluß gemacht habe. Und mit dem Mann wäre es sowieso nichts gewesen, weil er hätte seine Frau nicht im Stich gelassen, und ich war noch so jung und so weiter. Ich habe anscheinend immer nach einem richtigen Mann - wie man so schön sagt - gesucht. Weil mit meinem Freund habe ich alles machen können, meine Launen auslassen können, und den ich da kennenlernte, das war halt ein richtiges Mannsbild - wie man so schön sagt - , und der hat mich auch als Frau behandelt und nicht als Kameradin. Ich wollte immer abspringen von meinem Freund, weg von ihm, weil ich gewußt habe, das ist nichts, aber ich habe das dann auch nicht geschafft. Und außerdem ist er ja dann so krank geworden. Der andere Mann hat mich vor allem in sexueller Hinsicht angezogen. Er hat dann auch gesagt, ich soll wieder zu meinem Freund zurückgehen, denn er hätte noch andere Frauen, und außerdem würde er nie von seiner Ehefrau weggehen. Ich habe das alles gewußt, aber ich wollte mit diesem Mann auf und davon so ungefähr. Weil ich einfach rauswollte aus dem alten Trott.

Allein aber habe ich es nicht geschafft. Diese Beziehung ist dann im Sande verlaufen. Meine Krankheit ist zu dieser Zeit besser geworden, als ich diesen Mann kannte. Es war natürlich auch etwas Neues, aber ich habe schon gemerkt, daß es mir vom Psychischen her gesehen besser geht. Aber dann kam jedenfalls die Krankheit meines Freundes dazwischen, und so habe ich den Absprung wieder nicht geschafft, weil er mir leid getan hat. Genauso meine Mutti, die hat mir auch immer leid getan, sonst wäre ich schon mit zwanzig von zu Hause weg. Ich habe es halt nicht geschafft, alleine. Auf jeden Fall ist es mir immer gut gegangen, wenn etwas schön war und neu, und im Urlaub zum Beispiel geht es mir auch immer gut. Ich habe zwar zwischendrinschon einen Durchfall, aber nicht so wie zu Hause, wo ich manchmal sechsmal hintereinander gehen muß. Jedenfalls bin ich bis 1978 mit meinem Freund weiterhin gegangen. Wenn wir zum Beispiel ausgegangen sind, habe ich mit anderen Männern geflirtet, habe mit denen geschmust teilweise, ohne daß ihm das besonders nahegegangen wäre. Ich habe das immer darauf angelegt, ihn zur Trennung zu provozieren, aber der war wahrscheinlich mit sich selber so beschäftigt, daß er das gar nicht mitbekommen hat. Ich habe nie vor ihm etwas verheimlicht, aber der hat das nicht gemerkt. Das war teilweise auch wieder schön mit ihm. Besonders wenn wir unseren Spaß miteinander hatten. Wahrscheinlich hätte ich es auch sonst gar nicht so lange ausgehalten. Das waren zehn Jahre. Und dann 1978 im Februar habe ich meinen Mann kennengelernt.

I:

Bis dahin haben Sie immer zu Hause bei Ihrer Mutter gewohnt?

B:

Ja, ich habe mich da sehr wohl gefühlt. Ich bin an sich selten allein ohne meinen Freund ausgegangen. Aber immer dann habe ich irgendeinen kennengelernt. Und so habe ich auch meinen Mann kennengelernt. Und das war dann auch so ungefähr Liebe auf den ersten Blick, und wir haben uns aber anfangs nur selten sehen können, weil ich mit meinem Freund ja noch fest liiert war. Wir haben uns halt immer heimlich getroffen. Und dann hätte das mein Freund wieder nicht erfahren, wenn nicht mein Mann klare Verhältnisse hergestellt hätte. Ich habe damals mit meinem Mann bei mir - meine Mutti war da im Urlaub - geschlafen, und da hat uns mein Freund dabei mehr oder weniger überrascht. Das war ein schöner Sommerabend, und die Fenster waren weit offen, und er hat von draußen alles mitbekommen. Er hat dann gegen die Tür getrommelt, wollte herein, worauf mein Mann die Polizei rief. Und von dem Augenblick an war es aus. Auf diese Weise hat auch mein Mann zum ersten Mal erfahren, daß ich einen Freund hatte. So kann ich sagen, daß ich es endgültig geschafft habe durch meinen Mann; ich würde wahrscheinlich noch heute

daheim sitzen, ohne daß sich etwas geändert hätte. Mit meiner Krankheit ist es da recht gut gegangen. Mein Mann und ich sind dann auch in Urlaub gefahren, und es ist mir recht gut gegangen, so lange, bis das Kind gekommen ist. Als meine Mutti von ihrem Urlaub zurückgekehrt ist, habe ich ihr alles erzählt. Da bin ich heute noch stolz darauf, weil da bin ich das erste Mal mutig meiner Mutter gegenüber gewesen.

I:

Wie hat denn Ihre Mutter auf diese Nachricht reagiert? Wäre Ihr Freund nicht ein willkommener Schwiegersohn gewesen?

B:

Ja sie hat gemeint, ich müsse das selber wissen, und das hat mich ja so erstaunt, daß sie nichts dagegen gesagt hat. Ich weiß auch nicht, warum. Wie auch immer, mein Mann und ich haben 1979 dann geheiratet. Mein Freund ist von daheim ausgezogen, weil es mit seinen Eltern Differenzen gegeben hat, und da habe ich dann meine Mutti gefragt, ob mein Mann nicht einatweilen hier wohnen könnte, und wir haben uns dann eine Wohnung gesucht.

I:

Das habe ich nicht ganz verstanden. Sie sagten, Ihr Freund ist von zu Hause ausgezogen, und jetzt ist vom Mann die Rede. Wie meinten Sie dieses?

B:

Ach, o je, mein Mann natürlich ist von daheim ausgezogen, und er hat dann auch diese Wohnung hier mieten wollen, aber ich habe wieder gezögert wegen meiner Mutti. Ich wollte sie ja nicht allein lassen. Aber er hat mich aufgefordert, zu ihr zu gehen und ihr zu sagen, daß ich jetzt ausziehen werde. Und das habe ich dann auch gemacht, und meine Mutti hat auch nichts dagegen gehabt, und dann sind wir im Oktober 1978 hier eingezogen. Im Mai 1979 haben wir geheiratet, und das Kind ist im Mai 1980 gekommen.

I:

Da hat sich ja in einem relativ kurzen Zeitraum einiges ereignet. Haben Sie diese Veränderungen als einen Fortschritt empfunden, zum Beispiel auch die Lösung von Ihrer Mutter?

B:

Nein, also nicht von meiner Mutti. Das möchte ich jetzt nicht sagen. Daß ich das geschafft habe mit meinem Freund, das war mir das wichtigste. Daß ich es, so gemein das war, doch hinter mich gebracht habe. Das hat mich immer belastet. Was

meine Krankheit anbelangt, habe ich am Anfang der Beziehung zu meinem Mann fast keine Beschwerden mehr gehabt, weil es noch neu war, frisch, da war es sehr gut mit der Krankheit. Allmählich nach dem ersten Sturm, als das etwas abflaute, ist es schon wieder schlimmer geworden. Am Anfang, wenn alles neu ist, ich weiß nicht, vielleicht registriert man die Krankheit auch nicht so, und dann aber im alten Trott registriert man das viel eher. Ich merke auch so, wenn mein Mann am Wochenende daheim ist, da gehe ich auch auf die Toilette, aber das ist lange nicht so schlimm wie unter der Woche, wenn ich in meinem Trott drin bin, und ich muß dann auch noch auf die Toilette ständig. Das belastet mich weit mehr. Oder wenn wir ausgehen und wir sind wo eingeladen, da muß ich nie auf die Toilette gehen. Das liegt wahrscheinlich daran, daß ich nicht allein sein kann - das ist ganz schlecht bei mir - oder wenn wieder irgend etwas im Alltag anfällt und mich aufregt. Jetzt ist es doch so, daß man sich genauer kennt, es schleicht sich dann ab und zu Langeweile ein, und das ist halt ganz anders als am Anfang.

I:

Sie deuteten bereits an, daß sich Ihr Zustand nach der Geburt Ihres Kindes massiv verschlechterte.

B:

Ja, sehr. Da habe ich das erste Mal auch Schmerzen verspürt. Das war im Mai 1980. Ich bin heimgekommen von der Klinik und habe total Durchfall gehabt. Total. Ich habe in den ganzen neun Monaten der Schwangerschaft keinen Durchfall gehabt, aber dann nach der Geburt so schlimm. Da ist nur Wasser gekommen und schließlich auch die Schmerzen. In der Klinik war es auch schlimm. Ich habe einen Kaiserschnitt gehabt, weil die Placenta nicht mehr so gearbeitet hat und die Hormone so abgefallen sind, ohne daß sich jedoch irgendwelche Wehen angekündigt hätten. Das Kind sollte am siebten Mai kommen, und am neunten bin ich entbunden worden. Ich habe weder einen Blasensprung noch Wehen noch sonst was gehabt. Nichts. Mir ist es ganz gut gegangen. Ich bin an dem Tag noch mit meiner Mutti einkaufen gegangen; mir ist es so gut gegangen, und dann bin ich nach Hause gefahren mit dem Auto. Plötzlich ruft mich mein Arzt an und sagt mir, ich soll ins Krankenhaus kommen. Die haben mir nicht gesagt, daß ein Kaiserschnitt gemacht werden soll oder so. Nur, daß die Hormonwerte rapid gesunken seien. Nach der Geburt habe ich einen richtigen Schock erlitten. Am nächsten Tag kam mein Arzt zu mir und berichtete, daß mein Kind weggebracht werden mußte. Das hätte

einen Knochen zuviel, und das muß jetzt sofort operiert werden. Ich bin dann gleich abgestillt worden.

I:

Wie darf man das verstehen?

B:

Ja, der hat einen Klumpfuß gehabt. Und mein Arzt sagte zu mir, der hat einen Knochen zuviel und muß deswegen operiert werden. Heute weiß ich, daß das überhaupt nicht stimmte, was er da gesagt hatte. Ich vermute, daß dieser Schock der auslösende Punkt war. Ich habe da an mir selbst gezweifelt, so als ob ich nicht einmal in der Lage bin, ein normales Kind auf die Welt zu bringen. Ich habe mir Vorwürfe über Vorwürfe gemacht, einstweilen kann das ja von meinem Mann auch kommen. Von dem Zeitpunkt an wollte ich gar nicht mehr gesund werden. Ich habe dann hohes Fieber bekommen in der Klinik, bekam 25 Infusionen, und was dann noch hinzukam: ich habe im Bett schon zwei Tage nach der Geburt meine Durchfälle gehabt. Schmerzen hatte ich im Darm nicht.

I:

War das Fieber durch eine Infektion bedingt?

B:

Das war nicht klar. Das war nicht bekannt. Als ich später darüber nachdachte, war mir klar, daß ich einfach nicht gesund werden wollte. Ich wollte da aus dem Krankenhaus gar nicht heraus, weil ich Angst hatte, was mit meinem Kind los ist. Ich hatte es bis dahin noch nicht gesehen. Nach der Entlassung sind wir in die Kinderklinik gefahren, und da habe ich dann das erste Mal meinen Sohn gesehen.

I:

Hatten Sie sich schon gefreut auf Ihren Sohn?

B:

Nein, überhaupt nicht. Ich wollte das Kind nicht haben, weil, ich weiß nicht, ich war mit mir so unzufrieden, und ich habe mich eben krank gefühlt, und dann dachte ich mir: Jetzt hat dieses Kind etwas. Mit dem habe ich mich nicht abfinden können. Ich wollte es dann schon haben, ich wollte das Kind auch sehen, aber ich habe immer Angst davor gehabt, es zu sehen. Ich habe ja auch nicht gewußt, was ein Klumpfuß ist. Ich dachte, das ist so ein Klumpen, und der wird nie richtig laufen können, und ich muß so ein Kind dann im Rollstuhl heimfahren.

I:

Hatten Sie sich inzwischen nicht darüber informiert, was es mit einem Klumpfuß auf sich hat?

B:

Das hat mir ja jeder gesagt. Mein Mann hat gesagt, das ist überhaupt nicht schlimm. Aber ich glaubte keinem Menschen. Ich dachte, der ist ein totaler Krüppel. Ich dachte mir immer wieder: Jetzt kannst du nicht einmal ein gesundes Kind auf die Welt bringen. Und dann ist halt der Stress losgegangen. Ich war fast jede Woche in der Kinderklinik, ich mußte immer wieder neue Schienen für den Fuß anfertigen lassen und so weiter. Ich bin ständig mit dem Kind herumgerannt. Dann kam auch noch zweimal in der Woche Gymnastik mit dem Kind hinzu. Ich glaube, ein zweites Mal würde ich es nicht mehr schaffen. Ich habe mich den ganzen Tag nur um das Kind gekümmert, als ich nach der Klinik wieder zu Hause war. Ich bin kaum zum Essen gekommen. Ich glaube, ich hätte alles getan, nur damit das Kind gesund wird. Ich habe mich dabei total in den Hintergrund gestellt, kaum etwas gegessen. Mein Mann forderte mich manchmal regelrecht dazu auf, mir am Mittag etwas zu kochen. Aber ich habe mir gedacht: Nein, du brauchst gar nichts zu essen, denn du mußt schauen, daß du das Kind über den Berg bringst. Das war für mich das Wichtigste. Das mit mir, das war mir vollkommen egal. Ich wollte ein gesundes Kind haben, aber das Kind hatte etwas, und ich habe schauen müssen, daß das alles in Ordnung gebracht wird.

I:

Haben Sie es als Makel empfunden, daß Ihr Kind nicht gesund ist?

B:

Ja, ich habe mir gedacht: Das arme Kind, jetzt mußt du alles tun, damit du das wieder in Ordnung bringst. Ich habe ja auch alles supergenau gemacht. Ich tue auch heute noch alles, was in meiner Macht steht. Der hat auch heute noch in der Nacht die Schienen an, weil er jetzt X-Beine auch noch hat. Wenn es dem Kind wieder besser geht, dann, glaube ich, geht es auch mir wieder besser. Seither geht es mir richtig schlecht. Bis dahin ist alles harmlos verlaufen; ich habe Durchfälle gehabt - daran habe ich mich gewöhnt. Mir wäre ja was abgegangen, wenn ich das nicht mehr gehabt hätte. Aber jetzt merke ich, daß das eine Krankheit ist. Ich habe Schmerzen, bin dann teilweise auch depressiv, heulte oft stundenlang wegen nichts und wieder nichts. Ich habe auch keinen Appetit. Zur Zeit nehme ich wie gesagt das Quantalan, aber ich muß schon sagen, daß mir das Cortison fehlt. Auch die Durchfälle haben wieder zugenommen.

I:

Wenn Sie erlauben, würde ich mich mit Ihnen noch ganz gerne ein wenig über Ihre Kindheit und Jugendjahre unterhalten. Fangen wir vielleicht mit der Geburt an. War die normal?

B:

Ja, ohne Komplikationen. Also was ich aus Erzählungen von meiner Mutti weiß, hat sie mich sechs Monate gestillt. Sie hat zwar keine Milch gehabt, so ungefähr dreißig Gramm pro Tag, aber die hat sie mir auch gegeben. Als Medizin, wie sie sagte. Ich habe meine Zähne zum richtigen Zeitpunkt bekommen, und auch das Gehen- und Sprechenlernen war bei mir ganz normal. Ich habe auch so keine auffälligen Kinderkrankheiten gehabt, halt so das übliche.

I:

Wie verhielt es sich denn mit der Sauberkeitserziehung?

B:

Also ich kann mich da nicht erinnern. Nein. Also ich weiß bloß von meiner Mutti, daß sie mich jeden Tag hat baden müssen, weil ich von oben bis unten voller Sand war nach dem Spielen. Wir haben uns also wirklich schmutzig machen dürfen. Auch heute noch handhabt das meine Mutti ganz normal. Die ist sauber und auch nicht sauber. Sie hat es ordentlich und putzt auch, also ganz normal, würde ich sagen, was bei mir schon wieder ganz anders ist. Bei mir muß immer alles piccobello aufgeräumt sein, also das habe ich - glaube ich - von meinem Vater. Der ist auch in einem Aufräumen. Bei dem muß immer alles richtig daliegen, wohlgeordnet.

I:

Haben Sie Geschwister?

B:

Ich habe noch einen Bruder. Der ist sechs Jahre älter als ich.

I:

Und wie war die Beziehung zu Ihrem Bruder?

B:

Ganz gut. Also als Kinder haben wir uns jeden Tag gestritten und geschlagen und geprügelt. Er war sechs Jahre älter, und ich wollte überall mit und war natürlich immer nur ein Hemmachuh für ihn. Umgekehrt war es so, daß er mich immer bevormundete und so weiter. Aber heute verstehen wir uns so ganz gut.

I:

Hatten Sie innerhalb der Familie so ein bißchen die Rolle des Nesthäkchens inne?

B:

Nein. Also von meinem Vater bin ich schon eher verwöhnt worden. Aber meine Mutti hat uns beide gleich behandelt. Ganz gerecht. Mein Vati halt, weil ich die Kleine-re war, aber ich möchte nicht sagen, daß ich bevorzugt worden bin. Nein, könnte ich nicht sagen.

I:

Wie haben Sie die Beziehung Ihrer Eltern erlebt und empfunden?

B:

Oh, das weiß ich nicht. Da habe ich nicht darauf geachtet. Da ist mir nichts aufgefallen. Erst 1968 bei der Trennung. Da haben wir es erst mitgekriegt, daß da etwas nicht stimmte. Ich habe das nie gemerkt. Ich kann mich auch nicht erinnern, daß meine Eltern vor uns gestritten hätten. Oder laut gewesen wären. Ich glaube auch, daß meine Mutter das auch erst recht spät gemerkt hat. Wir waren ja noch zwei Jahre vorher im Urlaub miteinander. Ich bin damals vom Urlaub zurückgekommen mit meinem Bruder, und da hat meine Mutti gesagt, daß mein Vati ausgezogen ist. Das habe ich natürlich überhaupt nicht verstanden. Aber ich habe das dann ausgenützt. Wenn ich zum Beispiel ausgehen wollte, aber meine Mutter wollte es mir nicht erlauben, bin ich zu meinem Vati gegangen und habe das dann dort ausgenützt, und einer von den zweien hat mich dann schon ausgehen lassen. Für mich war das so gesehen ein Vorteil, daß mein Vati weg war, und ich habe das dann immer ausgenützt.

I:

Ich verstehe. Wie verhielt es sich denn mit Ihrer schulischen und beruflichen Entwicklung?

B:

Ich war bis zur sechsten Klasse in der Volksschule, dann Realschule vier Jahre, und dann ging ich zur Bank als Angestellte. Da war ich jetzt bis zum Schluß.

I:

Haben Sie sich da wohl gefühlt?

B:

Ja, sehr. Ich möchte schon ganz gerne wieder in die Arbeit gehen. Aber das geht ja jetzt nicht mehr, weil es mir auch die ganze Zeit so schlecht ging. Und dann

habe ich ja auch den Antrag auf Frührente gestellt. Aber ich hoffe ja, wenn es meinem Sohn wieder gut geht, daß es mir auch wieder gut geht. Ich weiß ja, während der ganzen Zeit mit dem Durchfall bin ich nie krank gewesen, bin immer in die Arbeit gefahren. Überall in ganz München kenne ich sämtliche Toiletten, aber das hat mir eigentlich nichts ausgemacht. Aber jetzt komme ich in der Frühe nicht mehr raus, kann am Abend nicht einschlafen, habe Schmerzen und so weiter.

I:

Wie war eigentlich so die Rollenverteilung in Ihrer Familie? Wer hatte da das Sagen?

B:

Eigentlich beide Eltern. Das war immer recht friedlich. Wenn der Vater etwas entschied, hat das meine Mutti akzeptiert, und auch umgekehrt. Meine Eltern sind auch heute noch nach der Trennung so. Meine Mutti würde nie etwas Schlechtes über meinen Vati sagen, und auch umgekehrt. Das ist halt auseinandergegangen, und da wurde kein großes Trara vorher gemacht. Ich weiß nicht. Für uns ist das plötzlich gekommen. Ich habe das nicht so mitgekriegt. Wer kümmert sich mit fünfzehn um seine Eltern. Wir Kinder waren immer unterwegs.

I:

Ja gab es denn bei Ihnen zu Hause kein gemeinsames Familienleben?

B:

Ja doch, ich glaube schon, aber ich kann mich da nicht mehr erinnern. Das ist doch schon so lange her. Da war nichts besonders Aufregendes.

I:

Das war so die Zeit Ihrer Pubertät. Sie hatten da ja auch das Erlebnis der ersten Menstruation. Wie empfanden Sie dieses Ereignis?

B:

Ich glaube, mit dreizehn habe ich sie gekriegt. Die war überhaupt nicht regelmäßig. Ich habe dann schon recht früh die Pille genommen, oder, ja, wie es da mit meinem Freund angegangen ist.

I:

Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?

B:

Das war 1972. Also neunzehn Jahre. Und dann habe ich die Pille immer genommen, und wie ich dann meinen Mann kennenlernte, da habe ich überhaupt nichts genommen,

und dann habe ich sie wieder genommen. Seit der Schwangerschaft ist die Menstruation ganz regelmäßig.

I:

Sind Sie von Ihren Eltern aufgeklärt worden?

B:

Nein, von niemand. Eine Cassenaufklärung. Ich war auf dem Gebiet eher eine Spätentwicklerin. Und dann habe ich ja auch Angst gehabt, daß ich ein Kind bekomme.

I:

Wenn ich abschließend nochmals auf Ihre Beziehung zu den Eltern zurückkommen darf. Was würden Sie spontan assoziieren, wenn ich Sie nach Charakteristika von Vater und Mutter fragte?

B:

Mich hat das als Kind wahnsinnig aufgeregt, daß mein Vater alles immer so schön sauber aufgeräumt hat. Aber er war nicht aggressiv. Ich kann mich nicht erinnern, daß mich mein Vati je geschlagen hätte. Von Beruf ist er Angestellter, meine Mutti Hausfrau. Meine Mutti hat mich schon gehauen, wenn ich nicht gefolgt habe. Ich war ja ein furchtbares Kind. Sehr lebhaft. Meine Mutti hat nichts tun können, wo ich nicht dabei war. Wenn sie auf die Toilette gegangen ist, habe ich auch dabei sein müssen, und eben furchtbar lebhaft. Und das muß ich heute auch wieder büßen, weil mein Sohn ist auch so furchtbar.

I:

Hatten Sie irgendwelche herausragenden Kindheitsängste?

B:

Ja, vor dem Feuer. Ich hatte immer Angst, daß es einmal irgendwo brennt. Immer wenn die Sirene gegangen ist, war das für mich schlimm. Auch heute noch. Ich renne zehnmal durch die Wohnung und schaue, ob alles aus ist - zum Beispiel das Gas -, damit es ja nicht brennt. Ich schaue aber auch vor dem Verlassen der Wohnung oft noch ein paarmal nach, ob nicht der Wasserhahn tropft und so weiter. Also ich bin in allem schon sehr gewissenhaft. Ich könnte nicht aus der Wohnung gehen, ohne daß ich nicht alles schön gemacht hätte.

I:

Eine letzte Frage: Können Sie sich an irgendeinen Traum erinnern, der Sie immer wieder beschäftigt hat? Früher oder in letzter Zeit?

B:

In letzter Zeit? Also jetzt nicht mehr so schlimm. Aber vor einem Jahr so ungefähr. Und zwar war ich da bei meinem Freund wieder, bei dem ersten, und da habe ich mir gedacht: Mensch, du hast doch deinen Mann, und wo ist der jetzt? Der ist jetzt weg, weil du wieder bei deinem Freund bist. Ich versuche dann verzweifelt, daß ich wieder zu meinem Mann komme, und am Schluß komme ich dann wieder auch zu ihm. Das war immer derselbe Traum. In letzter Zeit jetzt nicht mehr so. Am Anfang des Traums ist es immer ganz lustig, aber dann kommt mir plötzlich: Da ist doch der Reinhard, mein Mann. Und wo ist der jetzt, und dann suche ich ihn, und ich will ihn finden, und plötzlich bin ich dann wieder bei ihm. Diesen Traum habe ich fast jede Woche geträumt.

I:

Ich bedanke mich für dieses Gespräch.

Biographie und Krankengeschichte der fünften Patientin.

Tonbandprotokoll des Interviews mit Frau T.

I:

Bitte stellen Sie mir das augenblickliche Ausmaß Ihrer Erkrankung dar und beschreiben Sie mir Ihre aktuellen Beschwerden. Wie fühlen Sie sich?

T:

Aleo im Moment fühle ich mich wieder ganz gut. Das waren halt bloß die Durchfälle und das Bauchweh. Aber seitdem ich die Tabletten kriege, ist es wieder in Ordnung. Die Durchfälle habe ich seit Mai 1982. Da ging die Krankheit an. Am Anfang hatte ich bis zu fünfzehnmal Durchfälle, in den letzten Wochen bis zu fünfmal am Tag. Jetzt bin ich seit vierzehn Tagen auf Station, und da geht es wieder gut, eben seit ich in Behandlung bin. Die Durchfälle hatte ich Tag und Nacht. Die Schmerzen hatte ich unterhalb des Nabels, so krampfartig. Die waren nicht lange, aber es hat halt ab und zu recht weh getan. Ich habe es gespürt, wie sich der Darm regelrecht zusammenzog. Ich habe mir am Anfang nicht viel dabei gedacht. Ich dachte, daß ich irgend etwas aufgeschnappt hätte, etwas Schlechtes gegessen hätte, oder so. Aber mit der Zeit dann wurde es immer schlimmer. Mein Hausarzt hat mich dann in die Klinik geschickt, weil er das abklären lassen wollte. Hier in der Klinik kriege ich jetzt Cortison und so Beruhigungsmittel für die Nerven. Dadurch ist es viel besser geworden. Ab und zu habe ich noch Schmerzen, aber nicht mehr schlimm. Keine Krämpfe mehr, und ich kann auch jetzt alles wieder essen.

I:

Sie sagten, im Mai diesen Jahres hätte Ihre Krankheit begonnen. Können Sie mir schildern, in welcher Situation Sie sich damals befanden.

T:

Ich habe anfangs Mai eine Grippe gehabt. Und auf einmal, ich weiß nicht, habe ich Durchfälle gekriegt. Auf einmal ist das gekommen. Den Durchfall habe ich erst nach der Grippe bekommen.

I:

Hatten Sie zu dieser Zeit Aufregungen oder Probleme in der Familie oder am Arbeitsplatz? Fühlten Sie sich aus irgendwelchen Gründen überfordert?

T:

Nein, das kam auf einmal. Aus heiterem Himmel. Ich war da daheim. Was habe ich gemacht? Ach, das weiß ich nicht mehr. Das ist auf einmal losgegangen.

I:

Wann war denn das? Während des Tages oder in der Nacht?

T:

Am Mittag, vor dem Essen. Das war an einem Sonntag. Ich war alleine, mein Mann hatte vom Betrieb aus so einen Ausflug. Da bin ich aber nicht mitgegangen, weil ich war durch meine Grippe noch nicht gut beieinander. Ich blieb daheim.

I:

Wären Sie gerne mitgefahren, wenn Sie sich dazu in der Lage gefühlt hätten?

T:

Ja ich halte davon nicht recht viel, weil da wird meistens ... na ja, wir haben ein paar dabei von der Warenannahme, die trinken dann recht viel, und da geht es dann rund. Und das mag ich auch nicht. Die werden dann immer ein bißchen ausfällig und so. Ich meine, ich mache jeden Blödsinn mit, aber in bestimmten Grenzen, und solche Sachen mag ich nicht. Und das mag auch mein Mann nicht, von dem abgesehen, aber er ist halt hingefahren, weil ...

I:

War das ein Betriebsausflug mit Kolleginnen und Kollegen Ihres Mannes?

T:

Ja, ein paar Kolleginnen, aber alle waren auch nicht dabei.

I:

Ist die Mehrzahl dieser Kolleginnen ledig beziehungsweise ohne Partner?

T:

Ja, die meisten sind nicht verheiratet. Auf jeden Fall ich war allein daheim und habe mich im Garten unseres Hauses gesonnt. Ich habe geschlafen und mich ausgeruht. Mit meinem Hund habe ich Ball gespielt.

I:

War es Ihnen langweilig, oder wären Sie lieber doch mitgefahren?

T:

Nein, langweilig ist es mir daheim nie. Ich habe nachgedacht, was es zum Essen gibt vielleicht oder so, aber so genau weiß ich das nicht mehr.

I:

Wäre es Ihnen lieber gewesen, wenn Ihr Mann daheim geblieben wäre? Fühlten Sie sich allein gelassen?

T:

Nein, wieso? Nein, nein. Jedenfalls ich habe dann plötzlich Bauchweh bekommen. Vorher hatte ich ja schon ein paar Tage Durchfälle, nachdem meine Grippe abgeklungen war. Ich habe während dieser Tage gearbeitet. Aber genau kann ich mich auch nicht mehr erinnern. Das ist ja schon so lange her. Ich habe ein paar Tage vor diesem Wochenende schon sechs- bis siebenmal auf die Toilette gehen müssen. Während der Arbeit auch. Ich habe mir halt gedacht, daß ich da irgend etwas erwischte habe in der Firma beim Essen oder durchs Geld oder so.

I:

Wieso durchs Geld? Welcher Tätigkeit gehen Sie denn nach?

T:

Ich bin Kassiererin bei einem Baumarkt. Da sitzt man zehn Stunden an der Kasse bei einer halben Stunde Mittag, weil wir nur vier Tage in der Woche arbeiten. Das ist eine Sonderabmachung mit unserem Chef für uns Kassendamen. Die anderen im Verkauf, die arbeiten ja anders. Na ja, wenn es da einmal rund geht, Freitag oder Samstag, wenn da die Leute in Schlangen anstehen, da wird natürlich nebenbei gegessen, weil ich brauche öfters etwas, und vielleicht habe ich da etwas aufgeschnappt, man weiß es ja nicht, ich meine, man kann es nicht wissen. Es sind natürlich auch Tage, wo wir Daumen drehen und uns eins lachen, aber es sind wieder Tage, da müssen wir schon hineinhauen, weil das Geld muß ja genau stimmen. Wenn es nicht stimmt, mußt du es zahlen. Wenn wir am Abend das Geld abgeben, muß es stimmen. Sonst müssen wir die Differenz zahlen. Das steht im Arbeitsvertrag.

I:

Das ist ja ein furchtbarer Stress. Wie verkraften Sie das?

T:

Ich meine, es kommt also bei mir selten vor, daß etwas abgeht. Am Anfang war ich da ein bißchen leichtsinnig. Jetzt bin ich da und warte. Da können die da hinten in der Schlange, die anstehen, machen und schreien, was sie wollen.

I:

Wenn ich wieder auf Ihre damalige Situation zurückkommen darf. Sie hatte, wie gesagt, an jenem Sonntag die Bauchschmerzen und Durchfälle. Sind Sie am nächsten Tag in die Arbeit gegangen, oder haben Sie sich etwas geschont?

T:

Ich bin nicht der Typ, der wegen jedem Ding daheim bleibt. Ich bin da jetzt drei Jahre in der Firma und war an sich nie länger krank. Ich bin nicht der Typ, der wegen jedem Unsinn daheim bleibt. Wir haben natürlich solche Kolleginnen, die

rufen am Montag in der Frühe an und melden sich krank, weil sie ihre Zeit gekriegt haben und so Bauchweh haben. Ich muß auch ehrlich sagen, das würde ich mir gar nicht trauen, weil ich käme mir da zu blöde vor, wenn ich da den Chef anrufen müßte und müßte sagen: „Sie, ich habe Bauchweh, ich komme heute nicht.“ Aber es gibt es alles. Ich weiß nicht, ich könnte das nicht. Ich täte mir da so blöde vorkommen. Sicher, ich habe auch oft einmal Bauchweh, wenn ich meine Zeit habe, und da gehe ich halt öfters nach hinten oder sage, ich bin heute nicht so gut beeinander und so; ich mache dann schon meine Pausen, das macht ja jeder von uns bei zehn Stunden. Ich gehe um halb acht Uhr außer Haus, und um viertel nach sieben Uhr komme ich heim.

I:

Das ist schon ein sehr langer Arbeitstag. Strengt das nicht sehr an?

T:

Na ja, den Kopf muß man schon beeinander haben. Jedenfalls bin ich damals dann zum Doktor gegangen, weil es mir zu blöde geworden ist mit den Beschwerden. Das war so nach drei, vier Wochen vielleicht. Ich habe gedacht, das vergeht schon wieder. Der hat mir Blut abgenommen, und den Stuhlgang hat er eingeschickt, und die Blutsenkung war hoch, also ist eine Entzündung da gewesen. Und im Stuhlgang hat er was gesagt von Streptokokken. Na ja, dann habe ich was gekriegt für den Darm zum Desinfizieren und so pflanzliche Aufbaumittel. Und dann Diät, aber natürlich im Geschäft ...

I:

Wäre es da nicht sinnvoller gewesen, Sie wären einen gewissen Zeitraum zu Hause geblieben und hätten sich geschont?

T:

Ja, da war wieder die andere Seite. Urlaubszeit war, zwei waren schon krank, na da mußt du dir dann den Chef anhören! Und, es ist ja nicht so gewesen, manche haben gemeint, mir fehlt ja nichts, ich markiere ja bloß, es ist ja bloß ein Unsinn, was ich da erzähle. Kolleginnen halt. Man erfährt das ja hintenherum. Darum bin ich weiter in die Arbeit gegangen. Das war so im Juni ungefähr. Ich bin dann wieder zum Doktor gegangen, weil die Beschwerden nicht besser wurden. Ich bin sechsmal täglich aufs Klosett, auch in der Nacht bis zu dreimal. Ich habe weiter Bauchweh gehabt und Krämpfe. Ich war bis zum November etwa noch viermal beim Arzt. Eine Zeitlang war es ja auch besser. Das war so im September, genau weiß ich das nicht mehr. Die Durchfälle sind da zurückgegangen, und das Bauchweh war auch besser. Da habe ich mir gedacht, jetzt taugt es schon wieder.

I:

Haben Sie eine Idee, wie es zu dieser Besserung Ihres Zustandes gekommen ist?

T:

Weiß ich nicht. Nein.

I:

Waren Sie in der Zwischenzeit nicht im Urlaub?

T:

Nein.

I:

Hätten Sie nicht Anspruch auf Urlaub gehabt?

T:

Ich habe schon Urlaub gehabt im August. Ich war da mit meinem Mann daheim. Drei Wochen lang haben wir Urlaub gehabt.

I:

Wie haben Sie sich da gefühlt? Wie ging es zu der Zeit mit Ihren Beschwerden?

T:

Da ist es eigentlich ... na ja, schon gegangen. Es war schon besser. Ich habe schon ab und zu Bauchweh gehabt und bin dann aufs Klo gegangen, aber es war besser. Der Urlaub war schön, bloß zu heiß war es. Ich vertrage die Hitze nicht. Ich ging dann wieder in die Arbeit, und das mit meiner Krankheit ging dann so dahin. Ich bin dann ab und zu zum Doktor gegangen und dann wieder eine Zeitlang nicht mehr, weil ich mir gedacht habe: Du kannst doch nicht immer dahin rennen, wenn sie dich im Geschäft schon schief anschauen. Ich habe mir schon gar nichts mehr zu sagen getraut, weil die werden sich gedacht haben, die spinnt ein bißchen. Na ja, dann mit der Zeit dachte ich, da mußt du irgend etwas erwischt haben, einen Virus oder so was. Und dann hat der Doktor zu mir gesagt, er hat die Apparate nicht, daß er den Darm anschauen kann, und deswegen überweist er mich in die Klinik. Ich habe so vor vier Wochen dann schon einmal gesagt, jetzt mag ich dann nicht mehr, jetzt gehe ich nämlich ins Krankenhaus, weil jetzt langweilt es mich auf die Dauer. Der Durchfall hat mich gar nicht so belastet, bloß oft das Bauchweh, und wenn ich auf dem Klosett war, das war an sich angenehm, nur halt die Schmerzen.

I:

Wie waren eigentlich die Reaktionen Ihrer Angehörigen und Anverwandten auf Ihre Krankheit?

T:

Die haben mich schon aufgefordert, zum Doktor zu gehen und es nachprüfen zu lassen, und mein Mann hat auch gesagt, ich soll zum Doktor gehen, weil das nicht mehr normal ist. Na ja, ich bin da halt etwas leichtsinnig. Ich schiebe das immer so lange hinaus, bis es halt dann gar nicht mehr geht. Außerdem war ich bisher noch nie krank. Man hat halt so die kleinen Wehwehchen gehabt. Aber so richtig krank und mit Klinikaufenthalt bisher noch nie.

I:

Belastet Sie der stationäre Aufenthalt in der Klinik sehr?

T:

Ja, daß ich hier sein muß. Wenn ich daheim in unserem Haus bei meinem Mann bin, da ist meine Umgebung, und da habe ich meine Arbeit, und ich bin halt daheim gerne. Wenn ich daheim bin und bin in meinem Element, in meinem Haushalt und so, das macht mir Spaß. Ich könnte das nie, daß ich mich einmal hinsetze und ein Buch lese, da würde ich durchdrehen. Das verkrafte ich nicht. Ich brauche Bewegung und so. Fensterputzen und so. Das mache ich gerne. Das mache ich lieber sogar, als wie wenn ich mich oft zehn Stunden an die Kasse hinhocke. Da werde ich schon oft einmal ungeduldig. Es ist auch schon vorgekommen, daß sie mich anrufen am freien Tag und bitten, ich soll doch in die Firma kommen. Es passiert auch, daß ich erst einmal um 21 Uhr heimkomme. Wenn es recht zugeht, da muß ich eben dableiben. Bei mir ist eine Ausnahme gemacht worden. Ich darf um 18.30 h gehen. Ich rechne um 18 h ab, damit ich um 18.30 h fertig bin, weil mein Mann auch um 18.30 h geht. Mein Mann arbeitet auch da in der Firma im Verkauf. Wir fahren dann gemeinsam nach Hause mit dem Auto, weil von der Firma nach O., wo wir unser Haus haben, geht eben keine S-Bahn. Früher habe ich in der Innenstadt in einem Kaufhaus gearbeitet, und da war es auch recht schön. Aber die Verkehrsverbindung nach O. - das liegt zwischen München und Augsburg - war da noch ungünstiger. Daher habe ich dort aufgehört und arbeite jetzt mit meinem Mann im Baumarkt.

I:

Ich verstehe. Wenn es Ihnen recht ist, würde ich mich mit Ihnen jetzt ganz gerne etwas über Ihre Familie, Kindheitsjahre und die weitere lebensgeschichtliche Entwicklung unterhalten.

T:

Ja wo soll ich da anfangen. Ich habe noch drei Geschwister, ich bin die jüngste. Meine Mutter war immer Hausfrau, mein Vater ist jetzt in Rente, der war Postbeamter. Meine Älteste Schwester ist 42 Jahre, meine Brüder sind 40 Jahre und

30 Jahre. Ich bin die jüngste mit 22 Jahren. Mein Vater ist mehr ruhig und ernst. Meine Mutter, die ist lustig, sehr freigeig mir gegenüber und gegenüber meinen Geschwistern.

I:

Bevorzugt Ihre Mutter Sie sozusagen als Nesthükchen?

T:

Nein. Sie behandelt also ... alle gleich. Ja, also sagen wir mal so, ich hänge an meinen Eltern. Sehr. Ich habe ein sehr enges Verhältnis zu ihnen.

I:

Sie sagten, Ihr Vater sei mehr ein ernster Mensch. Ist er auch streng?

T:

Was heißt streng. Also ich komme mit ihm gut aus. Er ist halt mehr ein ruhigerer Mensch. Also streng sicher; ich wollte mir fünfzehn einmal mit einer Freundin in eine Diskothek gehen, ja da hat er mich nicht gehen lassen.

I:

Hat Sie Ihr Vater schon einmal geschlagen?

T:

Nein. Einmal hinten eine drauf, ja und einmal, wie er mich erwischt hat beim Rauchen, da habe ich eine Ohrfeige bekommen, weil da war er so entsetzt. Ich war da sechzehn. Sonst nie. Meine Mutter auch nie. Mein Vater ist sehr ordentlich. Sehr gepflegt. Hält viel auf gute Kleidung und so.

I:

Würden Sie an seiner Person irgend etwas kritisieren?

T:

Also nein, ich kann mich über meinen Vater nicht beschweren. Nein. Ich mag ihn sehr gerne.

I:

Wie verhält es sich in diesem Zusammenhang mit Ihrer Mutter?

T:

Genau so. Mein Vater kümmert sich um finanzielle Sachen nicht. Das macht alles meine Mama. Er bremst natürlich meine Mama schon, wenn meine Mama mir irgend etwas kauft und so, aber daß er schimpfen würde, also nein. Im Gegenteil, er hilft mir viel, wenn er bei mir im Haus ist. Er geht in den Garten und so. Meine Eltern sind auch oft bei mir auf Besuch. Ich bin auch jeden Sonntag beim Mittagessen bei meinen Eltern. Meine Mutter ist auch sehr sauber, sehr akkurat auch im Haushalt

und so, sie ist freigebig, sie ist nicht geizig, und sie schimpft über niemand, allerdings, ja, sie kann schon wütend auch werden, wenn man ihr Unrecht tut oder so etwas, da kann sie schon sauer werden. Wenn ich mal Schwierigkeiten habe im Geschäft oder so oder mit meinem Mann eine Auseinandersetzung gehabt habe, dann gehe ich zu meiner Mama. Ich habe vor beiden Respekt. Ich könnte zum Beispiel zu meinem Vater nie sagen: „du Depp“. Das käme für mich nie in Frage. Aber meine Mutter gibt mir andere Ratschläge als mein Vater. Eine Mutter hat da zu ihrer Tochter doch ein anderes Verhältnis. Wie zum Beispiel mit der Pille. Da würde ich mich doch genieren, wenn ich da zu meinem Vater sagen würde, ich möchte die Pille oder was. Das habe ich halt mit meiner Mama ausgemacht. So eben meine ich das. Die gibt mir da ganz andere Ratschläge. Mein Vater würde wahrscheinlich recht blöde schauen, wenn ich den das fragen würde. Oder, ich weiß auch nicht, ich kann einfach mit meiner Mutter alles reden.

I:

Ich verstehe. Wie haben Sie sich mit Ihren Geschwistern vertragen?

T:

Gut. Ja. Mein Bruder, der jüngere, der hat schon auf mich aufgepaßt. Der war auf meinen Mann am Anfang, als wir uns kennengelernt haben, sehr eifersüchtig. Ja schon. Er hat gesagt, er soll die Schwester in Ruhe lassen, und die ist noch so jung, und wenn er ihr was tut oder wenn was ist, aber dann, dann ist er fällig und so. Mein Bruder war da schon immer ... oder wenn ich einmal wohin gegangen bin, da hat er bloß geschaut, und dann ist er wieder gegangen. Er hat schon immer geschaut, was ich tue. Da war ich sechzehn.

I:

Wie haben Sie diese brüderliche Fürsorge empfunden?

T:

Ich hab oft einmal gesagt: „Sag einmal, hast du nichts anderes zu tun oder was.“ Da hat er gesagt, daß er es mir nur gut meint. Meine Eltern haben da nur gelacht. Ich meine, wenn meine Mutter oder mein Vater mitgekrigert hätten, daß mein Freund, ich meine mein Mann, ein richtiger Wilder ist oder so was, dann hätten sie es so wieso nicht zugelassen. Ich bin auch nicht der Typ, daß ... Also ich denke mir oft, wenn ich oft in der Stadt bin und sehe da ein paar so Typen, so ... na ja, da denke ich mir: nein, nein. So langhaarig, ungepflegt und überhaupt so ... nein, da denke ich mir: nein, also das ... Na ja, auf jeden Fall ist das Verhältnis zu meinen Geschwistern auch heute noch recht gut.

I:

Wie war denn überhaupt das Klima in Ihrer Familie? Wie erlebten Sie die familiäre Situation als Kind und später als Jugendliche?

T:

Sehr gut. Also von den beiden Älteren Geschwistern habe ich nicht viel mitgekriegt. Die waren schon weg, verheiratet, als ich klein war. Mit meinem jüngeren Bruder hat es nie größere Schwierigkeiten gegeben. Ab und zu vielleicht, wenn ich etwas angestellt habe, Ich war ein sehr lebhaftes Kind. Ich habe schon meine Mutter auf Trab gehalten, weil ich war sehr lebhaft und meine Eltern sind jetzt ... meine Mutter ist 62 Jahre alt und mein Vater 68 Jahre. Meine Mutter führt das Regiment daheim. Sie hat das Sagen in der Familie. Sie kann besser mit dem Geld umgehen wie mein Vater. Mein Vater würde zum Beispiel gerne in den Urlaub fahren. Aber meine Mutter ist das Gegenteil. Die will daheim bleiben. Die hat da so komische Ansichten mit dem ... nun, die duscht jeden Tag. Mit dem Klo ... und mit diesen Sachen halt. Da hat die ... also auf ein fremdes Klo gehen und so oder hinsetzen, also, das macht sie nicht. Mein Mann sagt da schon auch oft, daß ich das von meiner Mutter geerbt habe, den Putzfiemel, weil ich bin da auch ... also wirklich, ich will mich da jetzt nicht hochheben oder was, aber ich bin da furchtbar akkurat, ich mag das nicht. Ich kann mir nicht helfen, aber ich mag das nicht, wenn da was nicht sauber ist. Ich war da einmal bei Bekannten, was heißt Bekannte, Kollegen halt auf Besuch, und da habe ich aufs Klo müssen. Na ja, da habe ich schon auch so eine Abneigung, und da habe ich müssen und gehe ins Klos hinein und sehe die Klobürste. Mich hat fast der Schlag getroffen. Ich bin gar nicht mehr aufs Klo gegangen. Ich habe bloß zum Mann gesagt: „Jetzt gehen wir, jetzt gehen wir, mir ist nicht gut.“ Ich habe mir bloß gedacht, ja so ein Saustall, ja was ist denn das? Ich war ganz entsetzt. Ja, auch mit der Wäsche und so. Wie soll ich sagen, also ich habe nur Unterwäsche, die ich auskochen kann. Keine Nylonunterhosen, sondern eben nur Baumwollsachen und Waschlappen, das koche ich alles, und Hemden auf 60°, und so. Ich putze auch ... also sooft ich frei habe, putze ich regelmäßig meine Sachen und ... das muß schon ... und jetzt sind auch die vierzehn Tage auf Station, da muß ich ehrlich zugeben, das ist auch das, was mich wurmt. Denn daheim ... na ja, weil mein Mann doch nicht so ... na ja, ein Mann, der ...

I:

Was wurmt Sie da eigentlich?

T:

Ja, weil ich eben weiß, daß es nicht so ist, wie ich es haben will.

I:

Wie wollen Sie es haben?

T:

Sauber eben und schön halt. Das Bad, das Klo, die Küche halt und so weiter. Die Betten regelmäßig Überziehen und Fenster putzen, was halt so dazugehört. Also für das Klo und das Bad habe ich mein Zeug; für die Waschbecken und für das Klo habe ich extra Lumpen, nicht daß ich zuerst das Klo putze und dann das Waschbecken. Das wird alles geputzt. Das geht nicht. Und wenn ich jetzt hier in der Klinik sein muß, dann denke ich mir immer, daß jetzt bald zum Beispiel Weihnachten kommt, und da müßte ich alle meine Stores waschen, Fenster putzen, und da Überlege ich jetzt schon. Hoffentlich komme ich nächste Woche bald raus, daß ich das machen kann und so, weil, ich meine, wenn ich dann wieder arbeite und ich habe zwei Tage frei, denn pressiert es halt doch immer. Es kommt auch meine Mama und hilft mir, so ist es auch nicht. Ich meine, ich frage, ob sie nicht einmal Zeit hat, denn die hilft mir schon. Ich bin halt da einmal so blöde, ehrlich gesagt.

I:

Das verstehe ich nicht. Wie meinen Sie das?

T:

Ja ein bißchen komisch in der Beziehung. Ja ... ich selber, ich finde das für richtig, aber andere sagen oft zu mir: du mit deinem Putzfilz, du übertreibst es aber. Arbeitskollegen, mein Mann sagt das auch oft, daß ich doch endlich aufhören soll und mich hinsetzen soll. Ich habe das aber schon immer so gemacht. Daheim schon auch. Ich habe, als ich noch in die Schule gegangen bin und meine Mutter zu mir sagte, jetzt lerne einmal etwas, immer gesagt: nein, ich tue jetzt abspülen oder ich mache einen Kuchen oder irgend etwas. Ich habe lieber das machen mögen als wie lernen.

I:

Ja, ich verstehe. Wenn es Ihnen recht ist, könnten wir jetzt über Ihre Kindheit und Ihre weitere lebensgeschichtliche Entwicklung sprechen. War Ihre Geburt komplikationslos?

T:

Ja meine Mutter hat mich jeden Tag gebadet. Das weiß ich schon noch. Meine Mutter hat mir öfters erzählt, daß sie sehr akkurat mit mir im Anziehen war und mein Vater schon auch. Wenn der mit mir ausgegangen ist, dann nur mit weißen Strumpfhosen und solche Scherze. Na ja, wenn ich dann auf dem Spielplatz war und bin

heimgekommen voller Sand, dann hat sie mich zuerst einmal in eine Schachtel hineingestellt, und da habe ich mich ausziehen müssen, weil die mag den Sand nicht. Und dann gleich in die Badewanne hinein. Ich bin grundsätzlich jeden Tag gebadet worden, auch wenn ich nicht schmutzig war. Sie war immer sehr ordentlich. Mit sieben bin ich in die Volksschule gekommen, wo ich acht Klassen war. Ich habe meinen Hauptschulabschluß mit fünfzehn Jahren gemacht.

I:

Welche Erinnerungen verbinden Sie mit der Schulzeit?

T:

Ich bin ungern in die Schule gegangen, ich weiß nicht. Mir hat einfach das Lernen keinen Spaß gemacht. Ich meine, schlimm war es auch nicht.

I:

Das war ja auch die Zeit Ihrer Pubertät.

T:

Ja, mit zwölf oder dreizehn das erste Mal. Seitdem immer regelmäßig. Meine Mama hatte mir das schon gesagt, daß da jetzt meine Zeit kommt. Ich meine, ich habe da nicht viel danach gefragt, und das war halt auf einmal da. Da bin ich auch aufgeklärt worden, vorher nicht. Sexualität und so hat mich auch gar nicht interessiert. Ich meine, ich habe mit fünfzehn Jahren schon meinen Schwarm da in der Klasse gehabt, aber daß da irgend etwas gewesen wäre, also nie. Meine Interessen waren Schlittschuhlaufen mit der Freundin und so. Ich war ja auch ziemlich schüchtern.

I:

Ab wann entstand bei Ihnen ein wirkliches Interesse an Männern?

T:

Wie ich meinen Mann kennengelernt habe. Da war ich siebzehn. Vorher nicht so richtig. Ich hatte ja auch Angst, ein Kind zu bekommen, und wegen meiner Eltern auch. Jedenfalls habe ich damals in M. in einem Kaufhaus als Verkäuferin gearbeitet. Ich bin eines Tages in der Frühe, als ich zur Arbeit mußte, an einem Gerüst vorbeigegangen. Da haben Maler Ausbesserungsarbeiten an unserem Wohnblock gemacht. Und plötzlich fliegt ein Farbkübel vor mir herunter. Ganz knapp. Ich habe hinaufgeschaut, und da hat einer heruntergerufen: „Das hat der mit Absicht gemacht.“ Als ich am Abend zurückgekommen bin, stand da der eine schon wieder da. Ich habe mir aber nichts weiter gedacht.

I:

War das Ihr späterer Ehemann.

T:

Ja. Jedenfalls Übers Wochenende habe ich immer Eiskunstlauf gemacht. Im Verein. Und das hat er von meiner Nachbarin erfahren, wo er sich anscheinend erkundigt hat. Na ja, mit der Zeit hat er mich hinten bei den Aschentonnen abgefangen, und mit der Zeit sind wir halt so ins Reden gekommen. Ich weiß nicht mehr, wie es angefangen hat. Na ja, dann hat er mich einmal gefragt, wo ich hingehere immer abends. Ich sage, ins Training. Da hat er mich gefragt, ob er zuschauen darf. Ich sage: freilich, warum nicht. Na ja, ich habe gemeint, der macht bloß Gaudi und kommt doch nicht. Aber tatsächlich ist er einmal aufgekreuzt. Na ja, eine Woche später hat er mich dann eingeladen zum Sechs-Tage-Rennen. Er ist um 19 Uhr zu mir gekommen und hat meine Eltern gefragt, ob ich mitgehen darf. Mein Vater hat es zwar erlaubt, aber ich soll um 21 Uhr wieder daheim sein. Na ja, dann waren wir freilich enttäuscht. Na ja, gut, dann waren wir halt um 21 Uhr wieder zurück. Da hat er einen Freund dabeigehabt, weil mein Mann war auch am Anfang ein bißchen schüchtern. Na ja, mit der Zeit habe ich dann eben für meinen Mann das empfunden, daß ich ihn gerne habe. Am Anfang nicht gleich, weil ich nicht gewußt habe, ob er mich verarschen will oder so. Ich wollte da sicher sein, ob er mich wirklich gerne hat und so weiter oder ob er nur mit mir ins Bett gehen will. Na ja, das ging halt so weiter. Wir haben uns dann verlobt, da war ich siebzehneinhalb.

I:

Hatten Sie schon vorher miteinander geschlafen?

T:

Ja schon. Ein Dreivierteljahr vorher.

I:

Sie hatten also den Mann fürs Leben gefunden, oder waren da Zweifel vorhanden?

T:

Nein. Für mich war das klar. Ganz klar.

I:

Als Sie das erste Mal mit Ihrem Mann geschlafen hatte, gab es da irgendwelche Schuldgefühle oder Ängste?

T:

Nein, ich habe mit meiner Mutter da zwar gesprochen wegen der Pille auch. Sie hat halt mit mir nur einmal geredet über meinen Mann und mich. Aber ich habe ja bis dahin noch nicht mit ihm geschlafen gehabt. Ich habe ihn immer auf die Probe gestellt so ungefähr. Ich meine, er war nie aufdringlich. Ich muß sagen, mir hat er auch oft leid getan, weil ... ich meine ... Damals bin ich zum Frauenarzt

gegangen, da war meine Mutter dabei, und dann habe ich die Pille genommen. Im Mai 1979 haben wir dann geheiratet. Wir haben in der Zwischenzeit gebaut und sind dann dort in unser Haus gezogen. Jeder von uns beiden hat bis dahin bei seinen Eltern gewohnt. Von da an haben wir dann auch gemeinsam in P. im Bau-
markt gearbeitet, wo wir immer zusammen hinfahren mit dem Auto.

I:

Haben Sie Kinder, beziehungsweise tragen Sie sich mit dem Gedanken, in Bälde Kinder zu bekommen?

T:

Nein, ich möchte schon ein Kind und mein Mann auch, aber jetzt noch nicht, weil mit 22 Jahren fühle ich mich noch zu jung dafür. Ich glaube, ich könnte jetzt noch kein Kind erziehen. Ich weiß nicht, wenn das schreien würde, ich würde gar nicht wissen, was ich machen sollte. Also finanziell wäre das kein Problem. Überhaupt möchte ich jetzt noch ein bißchen aktiv sein und arbeiten und so.

I:

Wie erlebten Sie den Umzug von der elterlichen Wohnung in ein eigenes neues Haus? Was das eine große Umstellung für Sie?

T:

Ja, ich meine, ich habe meine Mutter, also meine Eltern oft angerufen; ich habe sie auch oft gesehen und so, und dann habe ich mir einen Hund gekauft, daß ich da besser darüber wegkomme, und ich hänge an dem Tier furchtbar. Da waren wir noch nicht ganz ein Jahr verheiratet, da habe ich ihn mir gekauft.

I:

Einmal eine ganz andere Frage, wenn Sie erlauben. Wie Sie mir eingangs erzählten, waren Sie an jenem Sonntag, als Ihre Krankheit sozusagen ausbrach, allein zu Hause, während sich Ihr Mann auf einem Betriebsausflug befand. Könnte es sein, daß Sie in der damaligen Situation mit dem Gedanken spielten, daß er mit irgend-einer Kollegin flirte, eine Phantasie, die Sie sehr wurmte?

T:

Nein, nein. Da bin ich mir hundertprozentig sicher, weil ich das auch nicht mache.

I: Eine abschließende Frage: Hatten Sie in der letzten Zeit oder auch früher einen Traum, der immer wiederkehrte und Sie oft beschäftigte?

T:

Nein. Na ja, mit meiner Krankheit. Ob ich wieder gesund werde und so. Das war jetzt im Krankenhaus, nämlich daß ich nicht mehr gesund werde und daß ich so lange hier im Krankenhaus und ... das kann man eigentlich ... wie soll ich sagen, na ja, dann ist das wieder anders gewesen. Da war ich wieder gesund und so. Also so ... ich weiß jetzt nicht, wie ich sagen soll.

I:

Ich bedanke mich für dieses Gespräch.

Biographie und Krankengeschichte der sechsten Patientin.

Tonbandprotokoll des Interviews mit Frau M.

I:

Bitte schildern Sie mir den augenblicklichen Ausprägungsgrad Ihrer Krankheit und das Ausmaß Ihrer aktuellen Beschwerden. Wie fühlen Sie sich?

M:

Also momentan habe ich überhaupt keine Schmerzen mehr, das heißt, seit einer Woche schon nicht mehr, fühle mich so fit, wohl, ein bißchen schwach auf den Beinen, aber die allgemeine Verfassung ist ganz gut, seit ich erfahren habe, daß ich aus der Klinik darf, weil ich hinzusagen muß, daß ich ein bißchen den Krankenhauskoller habe. Ich muß immer denken: Diese Wände, diese weißen, die erdrücken mich, obwohl ich weiß, daß man mir helfen will. Aber ich habe gedacht, ich werde wahn-sinnig, und insofern mich die Nachricht, daß ich nach Hause darf, so sehr gefreut hat, daß ich Bäume ausreißen könnte.

Ich wurde gestern vor zwei Wochen in die Chirurgie eingeliefert, am 18. November, mit Beschwerden wie einem aufgeblähtem Bauch - ich habe gedacht, ich bin im dritten Monat - und Schmerzen, wie wenn man ein sehr starkes Abführmittel nimmt, und dann dieses Ziehen, also das kann ich schlecht beschreiben, so ... eh ... na so krampf-artig ging das. Wie so tausend Nadeln, die in den Bauch stechen und dann so runter in die Leiste ziehen. Und dann war's wieder weg. Sagen wir mal, wie ein Regelschmerz, wenn man die Periode sehr stark hat, so. Aber immer nur eben sporadisch, kein Dauerschmerz; das waren Sekunden, und dann war's wieder weg. Und dann haben die mich erst ambulant untersucht, weil ich ja vom Hausarzt hingeschickt worden war, und dann Blutabnahme und so weiter, und dann war mein Leukocytenbild innerhalb von einer Stunde von 9000 auf 13000. Und dann hat man gesagt: Okay, das ist akute Blinddarmentzündung. Wenn man nämlich mit der Hand auf den rechten Unterbauch drückte, hatte ich mehr Schmerzen wie auf der linken Seite. Und mir hat zwar der ganze Bauch weh getan, aber da hätte ich eben aufschreien können. Obwohl bei dem ganzen Schmerz, den ich hatte, dieses Spontane, das nicht auf diese Stelle lokalisiert war, sondern das war so handflächengroß, kann man sagen, so der Bereich von den Schamhaaren bis zum Bauchnabel. Die Bauchdecke war steinhart. Ich bin gelaufen wie so eine Oma. Ich konnte also nicht mehr gerade gehen, und auch wenn ich mich gerade hinlegen mußte, habe ich gedacht, mir platzt der Bauch. Und die haben mich dann, wie gesagt, untersucht, und dann meinte die Ärztin, ich müßte wahrscheinlich noch heute abend operiert werden. Na ja, da war dann

großes Dilemma und Tränen und Schreck und Schock, und das ging dann alles unheimlich schnell mit Infusionen und drum und dran. Mein Freud mußte dann noch was ausfüllen, ob ich schon einmal operiert wurde, und da muß ich vorausschicken, daß ich vor acht Jahren eine Unterleibsoperation hatte, wobei man mir - ich glaube, die linke, ich weiß es nicht mehr - den linken Eierstock entfernt hat aufgrund eines kindskopfgroßen Gewächses, hieß es damals, das aber gutartig war und ich auch seitdem keinerlei Beschwerden hatte. Ich hatte auch immer meine Tage regelmäßig, da gab es also keine Probleme. Na ja, man hat mich an diesem Donnerstag-Abend operiert schließlich.

I:

Sie sagten, Sie seien am 18. November mit dem geschilderten Beschwerdebild in die Chirurgische Ambulanz eingeliefert worden. Hatten Sie denn jemals zuvor ähnliche Beschwerden?

M:

Das war so: Ich bekam das am Dienstagmorgen. Das war also der 16. November. Also wie vom heiteren Himmel. Ich bin da gerade aufgestanden. Vorher hatte ich nie Beschwerden, vielleicht insofern, daß ich schlecht auf ... also schlechten Stuhlgang hatte, schlecht auf die Toilette konnte und öfter mal, also mehr so Verstopfung. Und dann habe ich es immer darauf geschoben: na ja viel sitzen, wenig Bewegung. Und ich bin kein großer Esser, eh ... da habe ich mir immer gedacht: na ja, kannst doch nicht so großartig jeden Tag auf die Toilette müssen wie vielleicht andere Leute. Aber sonst keinerlei Beschwerden. Das war das erste Mal. Vorher nie. Also Dienstag morgen gingen die Schmerzen an. Da habe ich noch ganz normal gearbeitet. Das war so ein komisches Stechen und eben so ein angeblähter Bauch. Da war halt gerade wieder das der Fall, daß ich schon zwei bis drei Tage nicht auf Toilette war, und da dachte ich, daß es bestimmt davon kommt und auch vergeht. Ich bin aufs Klo gegangen, aber da war nichts. Ich bin dann zur Arbeit. Am Vormittag ging es noch, aber ab Nachmittag wurde es dann schon schlimmer mit den Schmerzen. Es ist mir da so durch den Magen gefahren, ist, wie wenn ich dachte ... also ich kann es immer nur erklären mit starken Abführmitteln, weil es einem auch so durch den Magen fährt, und dann war's wieder weg. Ich hatte halt ein blödes Gefühl, weil ich dachte, ich habe mich überfressen, so kam ich mir vor. Ich habe mich versucht abzulenken, denn es war da im Geschäft einiges zu tun, und dann abends sind wir ausgegangen, und ich dachte halt: na ja, wird schon weggehen, schlaf mal drüber. Na ja, als ich mich abends ausgezogen habe, dachte ich, ich komme mir vor wie im fünften Monat schwanger. So eine Kugel hatte ich da hängen, aber den ganzen Tag

so gut wie nichts gegessen. Ich hatte keinen Hunger, und ich zwingte mich auch zu nichts. Und hatte dann abends ... okay, eine Kleinigkeit, aber ich habe jetzt nichts gegessen aus dem Grund, weil ich jetzt so einen Bauch da hängen hatte, sondern einfach, weil mir nicht danach war. Und dann bin ich halt am Mittwoch morgens aufgewacht, da war ja Feiertag. Ich sagte noch zu meinem Freund: „Komisch, ich habe diese Schmerzen immer noch, und die Kugel ist auch immer noch da.“ Ich wollte aufstehen und Frühstück machen, aber das habe ich bald wieder seinlassen, weil ich nicht mehr stehen konnte, so weh hat das getan. Wenn ich in eine senkrechte Haltung ging, hatte ich solche Schmerzen, daß ich dachte: ich breche in der Mitte auseinander. Dann kam mir, daß irgend etwas nicht stimmen konnte. Wir waren am Nachmittag eingeladen zum Kaffeetrinken, und ich war halt ein bißchen wackelig, und ich muß sagen, daß ich kaum aufrecht gehen konnte. Da fing das dann an, daß ich dann ein bißchen so omanmäßig gelaufen bin. Mir ging es zeitweise ganz gut, da konnte ich mich unterhalten und habe alles mitgekriegt, und auf einmal sagte ich: „Oh, jetzt kommt es wieder.“ Und dann waren das Sekunden, und dann habe ich immer so ein bißchen den Atem angehalten, und dann war es wieder weg. Na ja, ich habe ein bißchen insofern Panik gekriegt, weil ich eben eine Unterleibsoperation mit sozusagen sehr jungen Jahren – mit siebzehn – hinter mir hatte, und keine einfache, und immer noch einen Eierstock habe, habe ich auf einmal irgendwie Horror gekriegt und dachte: na vielleicht eine Eierstockentzündung oder wieder so eine Zyste oder ... ich dachte jedenfalls an Gynäkologen. Wir sind dann alle Mann ins Krankenhaus, das in der Nähe gleich war, hinübergefahren. Der Gynäkologe meinte, es sei aus seiner Sicht insoweit alles in Ordnung, er könnte nichts feststellen, und ich soll halt beim Chirurgen vorbeischauchen. Allerdings wurde 38,5° Fieber festgestellt. Na ja, ich dachte: Okay, wunderbar, meine Nerven waren wieder beruhigt, also doch das mit Verstopfung und so, und ich sagte natürlich auch nicht, daß man mich noch zum Chirurgen geschickt hat, und wollte schon wieder zu meinen Bekannten fahren und war happy. Das war alles am Mittwochnachmittag. Als wir auf dem Heimweg wieder waren, sagte ich: „Ach, der wollte mich zwar nochmals zum Chirurgen schicken, aber ich meine, das ist ja unnötig.“ Naja, das war natürlich das Alarmzeichen für alle anderen, und wir sind dann zum Chirurgen gefahren. Ich bin dann untersucht worden und geröntgt worden. Er sagte, daß es Darmverschuß sein könnte. Ich hörte das und meinte, ich werde wahnsinnig. Auf den Röntgenbildern konnte er das aber nicht feststellen, das sei wohl eher eine internistische Angelegenheit. Ich soll halt morgen meinen Hausarzt aufsuchen, und für die Verstopfung gab er mir ein Klistier. Ich war happy, jeder war beruhigt und wunderbar. Ich hatte zwar immer noch Schmerzen,

aber insofern ging es mir schon besser. Ich habe das also abends noch gemacht und mußte auch auf Toilette, und dann hatte ich zumindest nicht mehr so einen Bauch, und der Schmerz blieb aber weiterhin. Am nächsten Tag bin ich zu meinem Hausarzt, ein guter Internist, der auch eingerichtet ist mit den ganzen Apparaturen wie Ultraschall und Blutabnahme und solchen Sachen. Es hat mir zum ersten Mal Blut abgenommen. Da wurden stark vermehrte Leukocyten festgestellt. Er überwies mich noch am gleichen Vormittag - das war am Donnerstag - in die chirurgische Ambulanz der Poliklinik. Und dann bin ich natürlich in der Poliklinik gleich durchgedreht, weil die Warterei überall und dann mit der Aufnahmerei gleich also diesen Stationsbogen da auszufüllen, was ich in jeder Klinik praktisch getan habe schon vorher, ohne daß sie was gemacht haben, dann wieder das gleiche erzählen, wie es angefangen hat, wann und so weiter, ich war also ... mein Nervenkostüm war also sehr angezerrt, und dann eben dieser Befund in der Poliklinik, nämlich Blinddarm. Und deshalb war ich wahrscheinlich auch so hysterisch, weil ... was heißt hysterisch, ich habe halt geflennt wie noch was, weil für mich ist eben Eingriff Eingriff. Da kann mir jeder Chirurg sagen, Blinddarm ist das geringste und ist eine Sache von fünfzehn Minuten, wenn es der Teufel will, kann trotzdem was passieren, oder auf ist auf. Na ja, da war ich dann schon ein bißchen fertig.

I:

Waren Sie in Begleitung oder alleine?

M:

Mein Freund war mit dabei, ja und das hat mir sehr geholfen, muß ich sagen. Dann ging es mir schon ein bißchen besser. Ich hatte halt dann wirklich nur Angst. Na ja, Narkose, Operation und so weiter. Am Abend wurde ich noch operiert mit dem Verdacht auf akute Blinddarmentzündung. In der Aufwachstation wußte ich nur, daß die Aufnahmeärztin bei mir war und sagte, daß ich mir keine Sorgen zu machen brauche, mit dem Eierstock und so ist alles in Ordnung, wo doch meine ... wo ich so Angst gehabt hätte. Am Freitag nachmittag bin ich auf Station gekommen, und da kam die große Visite, und ich war auch schon etwas zuversichtlicher wieder, und dann kam natürlich der Hammer, indem mir mein Operateur eröffnete: „Sie haben uns ja ganz schön verarscht. Wir haben Sie operiert und festgestellt, daß Sie überhaupt keinen Blinddarm mehr haben!“

I:

Ist der Blinddarm bei Ihrer Eierstock-Operation mit entfernt worden?

M:

Ja, genau. Ich wußte es nicht. Meine Mutter wußte es. Aber dadurch, daß alles so schnell ging, konnte ich das nicht mehr erfahren rechtzeitig. Na ja, man sagte mir hinterher zur Beruhigung, auf der einen Seite sei es ganz gut, weil man hätte bestimmt längere Zeit an mir herumgedoktort, um auf das zu kommen, was ich letztendlich habe. Denn die Entzündung, die ich habe, ist ja an der Stelle, wo der Blinddarm normalerweise sitzt, also wo der Dünndarm in den Dickdarm übergeht, und das haben die gesehen. Das war eine akute Entzündung, und das haben sie mir gesagt. Alles so auf einen Schlag. Eine akute Entzündung hätte ich, die man Morbus Crohn nennt, sehr langwierige Sache ist und keine operative Sache, sondern die man nur also mit Medikamenten behandeln könnte, insofern als sie immer wiederkommen kann und so fort. Und da war ich zuerst einmal geschockt. Dann habe ich nur noch geheult. Wenn man denkt, man hat alles hinter sich, und dann erfährt man so was, und dann konnte ich mir darunter nichts Großartiges vorstellen, mein Krankenhauskoller noch dazu, wo ich gehört habe „langwierig“. Ich dachte, ich werde wahnsinnig. Die Ärzte haben halt versucht, mich zu beruhigen und zu machen und zu tun, was ihnen absolut nicht gelungen ist. Ich war also wirklich nur noch am Heulen. Dann kam ein anderer Arzt, der sagte, ich soll diese Krankheit nicht auf die leichte Schulter nehmen, und das kann also ganz ekelhafte Fistelbildungen machen und zu Durchbrüchen führen und so. Andere aus meinem Bekanntenkreis, alles Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, sagten mir - wie auch die Chirurgen -, daß es nur zwei Medikamente gäbe, äh ... ich weiß nicht mehr, wie sie heißen.

I:

Cortison und Azulfidine.

M:

Ja, ja genau. Und dann sagte der eine Arzt: „Da kriegen Sie vielleicht etwas dickere Backen und werden auch so ein bißchen dicker auf Cortisongabe, aber das geht auch wieder weg.“ Und ich, eitel wie ich bin, habe natürlich erst recht Horrörängste gehabt. Ich muß sagen, daß das alles an mir sehr, sehr gezehrt hat, was meines Erachtens verständlich ist, wenn man ... wenn man das so erzählt.

I:

Ja, das kann ich sehr gut verstehen, was Sie da empfanden.

M:

Ich meine, der eine kann es vielleicht besser vertragen, aber dadurch, daß ich absolut nicht wußte, was es ist, und auch noch dachte: Na ja, deine Bekannten, die sagen dir jetzt bestimmt alle, daß du todkrank bist, na ja, es sind ja deine Bekannten also ich habe niemandem mehr etwas geglaubt.

I:

Haben Sie in diesem Zusammenhang Ihrem Freund geglaubt?

M:

Nein, komischerweise nicht. Aus dem einfachen Grunde, weil ich mir sagte, daß man mir das bei meinem Nervenkostüm in der nächsten Zeit nicht sagt, wenn es was Schlimmeres ist, sondern man wartet eben, was ich auch verstanden hätte.

I:

Ja hatten Sie die Befürchtung, daß dieses eine unheilbare, todbringende Krankheit sei?

M:

Ja, weil es hieß: eine akute Entzündung am Darm und eh ... da habe ich mir das gleich darunter vorgestellt. Warum, weiß ich auch nicht, weil ... weil ich wahrscheinlich immer gedacht habe an Operationen, da macht man das raus und macht wieder zu und fertig. Auf die Idee zu kommen, daß es also noch andere empfindliche Organe im Körper gibt, darauf kam ich gar nicht. Und daß dazu der Darm ein sehr empfindliches Teil ist, dachte ich auch nicht. Und insofern hatte ich einfach Angst, weil ich eben damals dann ... man ... man rekonstruiert einfach, ob man will oder nicht, zumindest ich habe es getan. Ich dachte: Na ja, damals Eierstock mit kindkopfgroßem Gewächs. Woher kommt das? Das kommt ja auch von Verwachsungen oder von irgendwo her. Also ist das irgendwo bei dir drin, und so habe ich halt hier meinen Faden gesponnen. Die Entzündung halt durch irgendwelche Bakterien oder was weiß der Himmel, daß da halt der Stuhlgang nicht mehr richtig durchkommt und daß sich das halt so entzündet. So habe ich mir das gedacht. Weil es ja gerade an dem Lappen ist, wo es dann in den Dickdarm geht. Mir ist dann gesagt worden, daß ich ins Großklinikum verlegt würde, weil es doch eine Fachklinik dafür sei. Ich dachte mir: Hoffentlich erfährst du dann mal, was es wirklich ist. Ich hatte immer im Hinterstübchen dieses „Langwierige“, dieser „Immer-wieder-Kommende“. Ich hatte Angst, in Zukunft immer wieder im Abstand von zwei bis drei Wochen ins Krankenhaus zu müssen. Wie kommt so was, dachte ich. Eine unheilbare Krankheit, oder was ist es letzten Endes? All das war halt so in meinem Hinterstübchen. Weil ich so was nicht kenne, denn jedesmal, wenn ich im Krankenhaus war - zum Beispiel diese Unterleibsoperation -, okay, der Schnitt war verheilt, Nahrung war auch wieder normal, Stuhlgang funktionierte auch wieder, und ich wurde wieder entlassen. Fertig aus amen. Aber eben solche internistische Sachen, das kannte ich nicht. Und das war eben meine Angst, die ich da hatte.

I:

War das Beschwerdebild nach der Operation noch dasselbe wie zuvor?

M:

Nichte mehr. Als ich eine Woche später hier im Klinikum endlich gelandet bin, hatte ich keine Schmerzen mehr. Keinen Blähbauch, nichts mehr. Hier war auch die Atmosphäre etwas angenehmer. Dadurch, daß ich keine Schmerzen hatte, konnte ich mich auch bewegen und konnte halt mal auch runtergehen und Kaffee trinken, es ging halt die Zeit ein bißchen besser herum. Und sobald halt der Besuch von meinem Freund wieder weg war, kam wieder meine große Überschüttung, und ich fing halt wieder an zu heulen und dachte: Warum immer du? Na ja, was man halt alles so denkt. Na ja, am Wochenende kamen dann meine Eltern - weil ich nämlich noch nicht so lange in München bin, erst seit Januar in München - von Heidelberg, und da war ich dann auch tagsüber beschäftigt. Und weiterhin keine Schmerzen, und ich habe dann auch wieder mit meinem Arzt gesprochen, und der meinte, daß ich bei dem Verlauf schon nächste Woche entlassen werde und daß ich halt ambulant unter Kontrolle bleiben muß, aber es ist nicht mehr so, daß ich ein stationärer Fall bin. Es ist halt ein typischer Morbus Crohn, es ist nicht krebsig, ist auch kein Tumor. Die Entzündung, sagte er, ist aber ganz gewaltig, das war so ein richtiger Schub und muß weiterhin behandelt werden. Als Medikament bekomme ich in Zukunft Clont, das ein Antibiotikum ist, das man längere Zeit nehmen kann, so daß dadurch die Entzündung genommen wird. Das war's dann. Dann hat man mir mehrmals eine - eine - wie nennt man's ...?

I:

Sonographie?

M:

- ja genau, Sonographie gemacht, und da war dann auch nichts Größeres, und gestern wurde mir dann vom Arzt eröffnet, daß ich morgen gehen könne. Ich müßte halt ambulant weiterbehandelt werden, was mir weniger ausmacht, wie wenn ich hier liegen muß.

I:

Da dies ja die Erstmanifestation dieser Krankheit bei Ihnen ist, wäre interessant zu wissen, welche Ereignisse beziehungsweise Erlebnisse dem vorausgegangen sind, die möglicherweise als auslösende Faktoren anzuschuldigen wären?

M:

Es ist so, da muß ich vielleicht ein bißchen ausholen, ich habe also ... ich bin ein sehr ehrgeiziger Mensch, der wahrscheinlich sehr viel von sich selbst fordert.

Also habe ich Abitur gemacht, hatte zwischendurch diese blöde Operation mit dem Eierstock, die ich zuerst einmal seelisch verkraften mußte kurz vor dem Abi, wie das so schön ist, und ich mich eben dahintergeklemmt habe, daß ich das Abi nicht wiederholen muß, sondern es also machen kann, was mir auch gelungen ist. Zwar nicht mit einem Superschnitt, sondern mit Befriedigend, aber es hat mir gereicht, weil ich nicht Medizin oder so was studieren wollte, wo ich hätte einen bestimmten Schnitt gebraucht. Und ich wollte immer in die Modebranche, weil ich von Kind auf darin sehr verwöhnt war und sich das - so habe ich das gedeutet - wahrscheinlich in mir fortgepflanzt hat und auch sehr viel Geld dafür investiere und schon immer getan habe. Und nach dem Abi habe ich eben auch in einer Boutique gearbeitet, und das hat mir sehr viel Spaß gemacht, und dann habe ich zu meinen Eltern gesagt, daß ich doch in dieser Richtung was tun möchte. Da hieß es eben, ja, die Branche ist so schlecht, und dann mein Vater auch: „Du mit deinem Modefimmel, mach was Gescheiters“, und ich weiß nicht, wie, irgendwie kam ich wieder davon ab und habe dann Sprachen studiert. Spanisch vorwiegend und Englisch auf der Dolmetscherschule, und habe meinen Abschluß als spanische Wirtschaftskorrespondentin gemacht. Das ging auch alles soweit glatt, und habe nebenbei bei einer Freundin, die ein sehr gut gehendes Hotel haben, mir ein bißchen Taschengeld verdient im Service oder an der Rezeption, um mir meinen „Luxus“ leisten zu können. Das hat mir Spaß gemacht, und ich dachte mir: Zwei Ausbildungen, ist auch nicht schlecht. Kennst dich auch da ein bißchen aus. Und weil ich auch sehr gerne Umgang mit Leuten habe oder unter Menschen bin. Das ging alles wunderbar. Mit meiner Sprachenschule war ich mit zwanzig fertig.

I:

Demnach hatten Sie Ihr Abitur sehr früh gemacht.

M:

Ja, ich hatte zwei Kurzschuljahre und machte mein Abitur mit siebzehn Jahren. Ich weiß auch nicht, das hat immer unheimlich gut hingehauen. Es muß so gewesen sein. Ich mache mir jetzt zum ersten Mal Gedanken drüber, aber ich bin mit fünf Jahren eingeschult worden, und dann hatte ich zwei Kurzschuljahre. Ich wurde gerade achtzehn und begann mit der Dolmetscherschule. Die ging zwei Jahre. Also ich wurde - glaube ich - gerade einundzwanzig, wo ich die Prüfung machte. Na ja, was nun? Ich wußte nicht so recht, was. Ich dachte mir, daß am besten Ausland sei zur Vervollständigung meiner Sprachen. Und da ich ein behütetes Kind war bis dahin - habe also noch zu Hause gewohnt und alles - und auf der einen Seite wollte ich weg, dann wollte ich auch wieder nicht weg wegen meines Bekanntenkreises und so, ich habe auf jeden Fall nichts unternommen. Ich war sehr träge.

I:

Andererseits waren Sie aber doch sehr agil, ehrgeizig und beruflich sehr engagiert.

M:

Ja, aber irgendwie mit Ausland hatte ich dann doch so ... ich weiß auch nicht. Ich dachte: Auf einmal so weit weg, wenn es doch klappt, also ... kann ich auch nicht mehr so genau nachvollziehen, was da in mir vorging.

I:

Waren Sie bis dahin schon einmal auf Urlaubsreise im Ausland?

M:

Ja, aber ich war praktisch nie alleine weg, sondern immer mit meinen Eltern. Jedenfalls habe ich mich dann bei Reisegesellschaften beworben. Ich bekam dann von der bekannten Firma N. ein Angebot. Bei dem Vorstellungsgespräch wurde mir erklärt, was es alles heißt, Reiseleiterin zu sein. Ich sollte unabhängig sein, ungebunden, was ich alles war - ich hatte keinen festen Freund -, insofern war ich ungebunden, und interessiert hat es mich auch, und habe dann den Vertrag unterschrieben. Kam dann ganz freudig nach Hause, worauf meine Eltern, insbesondere meine Mutter ein bißchen ... na sagen wir mal, niedergeschlagen war, weil so abrupt auf einmal weg - ich mußte nach zwei Tagen bereits nach Mallorca fliegen, um da an einem Kurs teilzunehmen -, da war der Abschied doch ein bißchen tragisch und dramatisch. Der Kurs war sehr interessant, und am Anfang ... sicher war es für mich auch eine große Umstellung, weil zum ersten Mal von zu Hause weg und dann im Ausland, dann die Sprache, ich dachte, ich habe sie noch nie gehört, obwohl ich sie studiert hatte, das war alles ein bißchen komisch, und ich habe mich aber eingelebt, und ich habe mich auch mit den Kollegen ganz gut verstanden, und so ging das dann weiter, und mein Einsatz blieb dann auch auf Mallorca.

I:

Wie empfanden Sie den Abschied von zu Hause und von den Eltern?

M:

Das war schon schwer. Also Tränen gab es. Beiden Elternteilen fiel es schwer, aber mein Vater hat es eher verstanden, daß ich so was mache. Meine Mutter nicht. Ich bin das einzige Mädchen weit und breit, und man hat mich halt verhätschelt und „vertätschelt“ und ...

I:

„Weit und breit“ meint in Ihrer Familie?

M:

Ja klar. Man hat mich halt verhätschelt und vertätschelt, und insofern ist es ihr eben schwergefallen, und na ja ein Mädchen - ich habe zwar noch einen Bruder -, aber na ja ein Mädchen, und es war ihr halt nicht so angetan. Und ... na ja sicher hatte ich auch Heimweh und fiel mir die erste Zeit gar nicht ganz einfach und hätte mich am liebsten wieder in die Maschine gesetzt und wäre nach Hause geflogen, aber dann sagte ich: Nein, du mußt dir das selber beweisen, daß du das kannst und schaffst, und ist ja nicht ewig, also ... und dann habe ich mich sehr in die Arbeit gekniet, und das hat mir sehr viel Spaß gemacht dann, habe auch sehr gut verdient und habe gelebt, muß ich sagen.

I:

Was verstehen Sie darunter?

M:

Ja, ich habe also das Geld nicht großartig gespart und habe mir also schon ... bin essen gegangen, bin ausgegangen, habe mir Klamotten gekauft, das, was ich wollte. Also ein Lebemensch.

I:

Haben Sie auch Männer kennengelernt?

M:

Auch, ja. Na ja, sagen wir mal, ich habe schon das rausgesucht, was ich wollte. Sicher ist man in dem Job Reiseleiterin ... wird man als Freiwild angesehen. Und dann muß man da also sehr ... die richtigen Worte finden ... was heißt, die richtigen Worte, das ist blöde, aber man muß da schon ein bißchen seinen Mann stehen und sagen: Also so geht's nicht, ich bin ja hier nicht Betthäschen oder was, sondern ... daß man doch seine Persönlichkeit behält oder zumindest eine Persönlichkeit ausstrahlt. Aber damit, muß ich sagen, hatte ich nie Probleme. Ich konnte da immer sehr forsch auftreten. Okay, Männerbekanntschaften insofern, daß es ... es waren oft sehr gute Freunde, mit denen ich ... es waren keine sexuellen Beziehungen oder nicht ... sexuelle Beziehungen, muß ich sagen, waren sehr wenige. Ich hatte unter den Bekannten, die ich hatte, sehr viele Männer, die nur eben gute Freunde waren, mit denen ich reden konnte. Bei sexuellen Beziehungen muß bei mir immer irgendwo was dasein, daß ich also sage: Ich mag den Menschen deshalb oder deshalb. Also nicht aus einem Bedürfnis heraus, sondern ... es war immer für diesen Menschen was da. Eine Anziehung.

I:

Hatten Sie Ihre ersten sexuellen Erlebnisse in diesem Zeitraum?

M:

Nein, meine ersten sexuellen Beziehungen hatte ich in Deutschland schon. Nicht im Ausland. Ich war jetzt bis Anfang 1982 fünf Jahre im Ausland - mit sporadischen Aufenthalten daheim, meist im Winter - und hatte halt so die Einstellung, daß man jemand kennenlernt, der einen nicht nur für eine Nacht benutzt.

I:

Hatten Sie diese Erfahrung schon machen müssen?

M:

Zwei-, dreimal schon, ja. Ich hatte gehofft, daß sich daraus mehr entwickelt, also zumindest in dem Zeitraum, wo ich in diesem Land bin. Ich war ja nicht fünf Jahre hintereinander nur auf Mallorca, sondern das waren mal fünf Monate oder sieben, je nachdem. Mal Mallorca, dann Teneriffa, Gran Canaria, Ibiza, Fern-Ost, Mexiko und Jamaica. Ich meine, Beziehungen zu Gästen oder Hoteliers kamen aus beruflichen Erwägungen nicht in Frage. Wenn, dann innerhalb der Kollegen-Crew, die immer fünf Monate zusammen war an einem Ort. Während dieser fünf Jahre waren es zwei Beziehungen, und da hat mir der Mensch was bedeutet. Mit denen bin ich auch heute noch in Kontakt, also wir schreiben uns noch.

I:

Haben Sie einen dieser Männer wirklich geliebt?

M:

Na ja, ich bin immer so ein Typ, ich meine, ich muß sagen, ich habe mir schon oft Gedanken überhaupt über den Begriff „verliebt“ - „nicht verliebt“ oder „Liebe“, „ich mag dich“ Gedanken gemacht, oder wie man's definieren soll. Ich bin ein Mensch, der sehr anhänglich ist, der sehr viel gibt und jemandem auch gerne zeigt, daß ich jemanden mag. Also es gibt einfach Leute, die können es nicht zeigen, ich kann es äußern, egal, ob das jetzt Männlein oder Weiblein ist. Ich nehme auch meine Freundin in den Arm und gebe Bussi und mach und tu. Das können manche, manche können es nicht. Da kommt natürlich dann immer bei dem Partner es darauf an, ja ist er jetzt genau so, daß er das auch geben kann, oder aber ist er nicht so und empfindet es als Klammern. Ich meine, das sind immer diese Gedanken, wo ich mich auch schon oft mit beschäftige und auch auf keinen grünen Zweig komme. Aber ich investiere immer Gefühle, und ich habe immer - auch wenn ich wußte, es sind nur fünf Monate - gelitten. Was heißt gelitten, ich fand es immer traurig, jeden Abschied; ich hasse Flughäfen, Bahnhöfe, alles, was damit zu tun hat.

I:

Hatten Sie nach solchen schmerzvollen Erfahrungen auch körperliche Beschwerden?

M:

Nein, Liebeskummer ja. Heulen, und traurig war ich. Keine Depressionen. Ich habe mich dann immer irgendwie in die Arbeit ... die Arbeit hat einen so beschäftigt und so mitgenommen, daß ich gar nicht viel Zeit hatte, darüber nachzudenken. Es kam ja auch hinzu, daß die Firma auch gegen Beziehungen innerhalb der Kollegen-Crew war. Ich meine, es gab da schon tiefergehende Beziehungen. Aber es hing dann immer an dieser räumlichen Trennung, daß da einfach kein Zusammenkommen war und die Männer insofern sehr flexibel waren, daß es da auch wieder andere gab. Ich meine, ich mochte diese Männer alle, aber wenn Sie mir jetzt alle hinstellen würden und sagen: Ja welcher ist jetzt die große Liebe? dann könnte ich es nicht sagen, weil es kommt immer auf die Umstände an, wie ich mit einem Menschen zusammenlebe. Also meines Erachtens ... ich habe damals immer geliebt und gegeben, was ich konnte. Ich meine, ich bin kein Anti-Heiratsmensch. Ich liebe Kinder und möchte auch irgendwann mal eine Familie. Das sieht man ja daran, daß ich ... äh ... sagen wir mal, es von allein geschafft habe, vom Ausland wieder nach Deutschland zu kommen, was also ein sehr schwerer Schritt ist.

I: Wie meinen Sie das?

M:

Den Absprung zu schaffen vom Ausland. Es ist eine Sache ... vielleicht kann man es so erklären, auch was die Männer anbelangt: Meine Mutter sagte damals immer, daß ich auf eine solche Art von Männern stehe. Das sind so wie gesagt so Gigolos. Nein, das sind einfach Männer, Lebemenschen, die das ganz amüsan finden, eben mal so fünf Monate und auch - glaube ich - von sich aus überhaupt nicht den Gedanken haben zu heiraten ... eh allein vom Typ Mann her, das sieht man einfach. Ich meine, so schlau bin ich jetzt mittlerweile auch und ... was heißt ... schlau wird man in der Beziehung nie. Es kann einem immer wieder passieren, aber es sind einfach so allein vom Aussehen schon ... so Dressman-Typen so und in diese Richtung. Daß die na ja immer ... sagen wir mal auch nicht nur eine Frau haben, sondern mehrere, das war mir auch immer klar. Und das sind natürlich Punkte, die einem schon ... äh ... sagen wir mal ... die einem schon ab und zu weh getan haben. Ich habe halt dann sehr viel gearbeitet und sehr viel Erfolge erzielt bei der Arbeit. Und ich muß sagen, ich habe solche Probleme immer ausgesprochen, weil wie gesagt ich eben auch Bekanntschaften hatte auf freundschaftlicher Basis mit Männern, mit Frauen und habe halt darüber gesprochen und sagte: Na ja, bin halt mal wieder auf die Schnauze gefallen, enttäuscht und so. In solchen Phasen

habe ich viel Geld für Kleider ausgegeben und bin häufig ausgegangen. Das habe ich aber schon immer gerne gemacht. Also auch hier in Deutschland weggehen, einfach unter Menschen sein. An und für sich muß ich sagen, je mehr Männer ich kennengelernt habe und ich immer dabei auf die Schnauze geflogen bin, weil es eben immer diese Typen waren, habe ich immer mehr einen Schutzschild um mich rumgebaut und habe niemanden mehr an mich rankommen lassen. Aber auch muß ich sagen ... daß man dann eben sehr wenig Vertrauen hat. Okay, die können mir viel erzählen, alles schön und gut. Unter anderem war ich mit einem Kollegen befreundet, der ... sagen wir mal also mich tiefst, tiefst gedemütigt hat, indem er also praktisch - ich war immer lieb und nett - und wir auch schöne Zeit zusammen verbracht haben, und dann fing es eben auf einmal an. Also es war nicht nur eine, sondern es waren viele. Ich war mal da, da ging das also da einen Stock über mir rundum, daß man es wirklich nicht überhören konnte. Ich war damals - das ist jetzt ein halbes Jahr her - auf Ibiza und hatte mich zur Chefsekretärin hochgearbeitet. Und er war ein Kollege, der die Beziehung zur Sekretärin ausnützte. Er wohnte damals mit einer Kollegin von mir in einem Haus. Und diese Kollegin ... mit der verstand ich mich sehr gut. Wir gingen am Wochenende oft baden und so. Es war einfach eben ein Draht da, mit der man reden konnte. Und da war ich auch einmal nachmittags bei ihr, und wir kamen vom Baden zurück, und dann war eben Monsigneur einen Stock höher im Schlafzimmer mit etwas anderem beschäftigt, und insofern hat mir das schon einen leichten Schlag versetzt.

I:

Das kann ich gut verstehen. Wie reagierten Sie auf dieses Trauma?

M:

Dummerweise habe ich gar nichts gemacht. Ich habe mich sogar wieder mit ihm eingelassen. Komischerweise. Ich habe ihn weder zur Rede gestellt, noch habe ich irgend etwas gesagt, weil es eben so unter Kollegen nie ausgesprochen wurde: Ich bin jetzt mit dir befreundet, oder, das ist meine Freundin, so, wie man das hier in Deutschland tut. Es ist vielleicht blöd, wenn ich sage: Ausland hier, Deutschland dort. Aber ich trenne das wirklich, weil es sind zwei Leben. Das kann man wirklich nicht miteinander vergleichen. Und das Leben dort im Ausland ist wirklich so, daß man sich halt kennenlernt, man ist sich sympathisch, man geht mal essen, äh ... man schläft zusammen, man sieht sich am nächsten Tag wieder, schläft vielleicht mal wieder zusammen, aber das Wort Freund oder Freundin wird nie ausgesprochen. Es fällt nur den anderen Kollegen auf, indem man sich doch durch Gesten oder so anders gibt.

I:

Könnten Sie denn unter diesen Rahmenbedingungen von Erfüllung im sinnlichen und sexuellen Erfahrungsbereich sprechen?

M:

Ja. Also ich habe da an nichts gedacht. Es war ... es hat mich schon befriedigt und war schön. Ich meine, das war mir auch immer klar, daß ich mich immer intensiver in eine Beziehung eingelassen habe, als das unter diesen Umständen realistisch war. Ich meine, es sind bei mir da immer Phasen da, daß ich an mir arbeite und sage ... weil ich eben ein wahnsinniger Gefühlmensch bin, daß ich mir immer sage: Du mußt einfach von diesen Gefühlen ein bißchen herunter und mußt das Ganze mal nüchterner sehen oder nicht so ichbezogen, weil ich erwarte das jetzt, also ... von einem anderen, daß er so reagiert; und nur weil er jetzt nicht den Arm um einen legt, daß er dann dich nicht mehr mag, nur weil du das jetzt im Moment fühlst oder weil du es so machen würdest. Ich denke immer gleich Panik und sage: Aha, jetzt ist wieder das berühmte Zeichen, daß er dich nicht mehr mag. Ich meine, man ist wirklich versaut. Wie soll ich sagen ... man wird unheimlich mißtrauisch, daß man aufpassen muß, daß man dem anderen nicht weh tut. Also was jetzt in Deutschland zum Beispiel der Fall ist, wo ich hier jetzt unheimlich an mir arbeite. Oder einfach die Angst, jetzt wieder so enttäuscht zu werden. Das muß ich sagen, das ist was, wo ich also ... das kann ich wirklich als Angst bezeichnen.

I:

Verspüren Sie diese Angst schon seit längerer Zeit?

M:

Nein, die hat sich so in letzter Zeit entwickelt. Im Ausland war immer ein Kommen und ein Gehen. Man war fünf Monate da. Man hat einen Bekanntenkreis aufgebaut, man hat sich wohl gefühlt, und dann hatte ich mich kaum eingelebt, da mußte ich wieder gehen. Dann kam ich nach Hause. Dann wieder meine Eltern, hallo und wunderbar, dann da wieder mein Freundeskreis, den ich da ja immer noch habe durch Briefe und so. Ja dann wieder packen oder waschen, bügeln, packen. Dann wieder anderes Zielgebiet. Dieses ständige ... eh dieses Zigeunerleben, und man begegnet immer wieder einem Menschen, zu dem man eben Gefühle hat und wo sich wieder was ergibt. Okay, dann wieder das gleiche Drama, und das fünf Jahre lang, und das hat mich schon irgendwo geprägt.

I:

Hat sich dieser permanente psychische Stress bei Ihnen auch körperlich bemerkbar gemacht?

M:

Ja. Verstopfungen hatte ich..Durchfälle nie.

I:

Wann sind denn diese Verstopfungen das erste Mal aufgetreten?

M:

Phh ... also wenn ich ganz ehrlich bin, hatte ich das schon immer.

I:

Schon immer meint in dem Fall auch vor der Pubertät schon.

M:

Also so weit kann ich mich nicht zurückerinnern.

I:

Nehmen oder nahmen Sie Abführmittel?

M:

Nein. Also sagen wir mal Verstopfungen seit dem Ausland. Vorher nicht. Nicht daß ich mich daran erinnern könnte. Immer dieses Hoch und Tief, das Kommen und Gehen und so weiter. Jedenfalls nach diesem ganzen beschissenen halben Jahr Ibiza habe ich mir gesagt, daß ich jetzt einfach einmal die Schnauze voll habe, und ich probiere es, in Deutschland wieder Fuß zu fassen. Ich wollte nach München ins Reisebüro. Warum München? Na ja, München war so eine Stadt, wo ich mir immer so ... na wo ich eine Vorstellung hatte.

I:

Warum nicht Heidelberg?

M:

Ja, das ist eine gute Frage. Das wußte ich ja, daß das kommt. Ich wollte nämlich ... ich wollte frei und ungebunden sein. Weil ich ... in Heidelberg hätte es wieder geheißen: Ja - meine Mutter - du kannst ja dann bei uns wohnen, du hast ja da dein Zimmer. Meine Mutter, die wollte immer: Komm wieder nach Hause, mach was anderes ... und mach dies, mach jenes.

I:

Ihre Mutter scheint sehr fürsorglich zu sein.

M:

Ja schon, aber ich möchte mich frei entfalten.

I:

Haben Sie vielleicht irgendeine Idee, inwieweit dies im Zusammenhang mit Ihrer Krankheit stehen könnte?

M:

Die Belastung meiner Mutter?

I:

Wenn es als Belastung empfunden wird, ja.

M:

Habe ich mir schon Gedanken drüber gemacht, aber ... eh ich muß sagen, da hat sich sehr viel geändert in letzter Zeit, seit, seit sie sieht, daß ich also ... überall meinen Mann stehe und daß ich ja befreundet bin. Sie ... sie sieht da schon mehr so eine gewisse Sicherheit. Es ist so: Die Schwierigkeiten mit meiner Mutter sind reduzierter jetzt. Meine Mutter war immer so, daß sie mir den Kopf voll gejammert hat. Sie hat sich momentan mit der Situation abgefunden, daß ich in München bin. Es gingen dem Diskussionen und Krach voraus. Sie sieht mich immer noch als Kind, nicht als fünfundzwanzigjährigen Menschen.

I:

Wie gelang es Ihnen, unter diesen Umständen Ihre Interessen zu wahren?

M:

Ja, indem ich mir einfach ... ich habe einen Sturkopf, indem ich mir sagte: Hör mal zu, Mutti, ich bin hier ... äh ... ich bin in München. In München möchte ich auch zuerst einmal bleiben - das ist nicht endgültig, das kann sein, daß ich in drei Wochen vielleicht die Lust und Laune habe, nach Heidelberg zu kommen - aber ich habe hier jetzt den Job, ich habe mir hier einen Bekanntenkreis aufgebaut, habe es geschafft, den Absprung ohne Mann zu schaffen vom Ausland nach Deutschland, also aus eigenen Kräften, aus meinem eigenen Willen, ich mußte vieles zurückstecken, was ich auch irgendwie getan habe, also finde dich damit ab. Und das habe ich immer wieder ... sicher, ich meine, mein Vater ist immer der mich verstanden hat. „Okay, du mußt wissen, was du tust“, sagte er, „und ich wünsche dir, daß du Erfolg hast.“ Diese Diskussionen liefen von Januar bis kürzlich. Schon permanent. Ich war jetzt in diesem Zeitraum sehr selten zu Hause, weil ich rein geschäftlich auch samstags hier im Reisebüro arbeiten mußte und wir eben telefoniert haben. Wenn es nach meiner Mutter gegangen wäre, täglich einmal. Aber ich habe irgendwann auch zu ihr gesagt: „Warum rufst du überhaupt an, wenn wir uns eh nur streiten, sage ich. Ich meine, du mußt irgendwo sehen, daß ich es meistere und ... daß ich mich halt hier wohl fühle und mir so viele Zufälle geholfen haben - es ist bestimmt nicht einfach in einer Großstadt, wo ich keinen Menschen kannte - und immerhin einen Bekanntenkreis hier habe, eine Wohnung habe und meine Arbeit.“ Die Wohnung habe ich durch Zufall über eine Kollegin vermittelt bekommen, die mit mir zusammen

hier im Reisebüro arbeitet. Sie wohnt bei ihrem Freund, und ich habe für ihre Wohnung einen Untermietvertrag. Sie galt als Büroleiterin und benützte mich als Laufburschen. Sie führte dieses Büro seit zehn Jahren. Kann mit Leuten sehr gut umgehen, weil schon ihre Art entsprechend ist ... na ja, das hat mich schon aufgeregt. Und alles kam natürlich auch zu ihr. Mich hat überhaupt niemand beachtet. Und das ist mir natürlich schon irgendwo auf die ... „Makronen“ geschlagen. Einfach daß sie die Hauptrolle in diesem Büro gespielt hat und mir überhaupt keine Möglichkeit gab, mich zu entfalten. Weder mit Kunden noch mich sonst irgendwie zu engagieren. Ich hatte also auch Magenschmerzen und mal Kopfschmerzen. Hinzu kam, daß ich natürlich wesentlich schlechter, wenn nicht saumäßig - Entschuldigung, wenn ich das sage, aber es ist so - verdiene gegenüber dem Ausland. Und da ich im Ausland oder schon immer in meinem Leben - nicht weil es mir in den Schoß fiel, sondern immer dafür gearbeitet habe - das Geld hatte, um mir das zu leisten, dachte ich, es geht hier so weiter. Ich hatte mein Konto eben weiterhin in Heidelberg. Ich meine mit dem ganzen Kram, den man so hier zu erledigen hat, war ich überhaupt nicht vertraut. Also wie so ein kleines Kind, das man auf einmal wieder losläßt, oder wie ein Ausländer, der nach Deutschland kommt. Ich kannte mich also mit dem ganzen bürokratischen Zeug nicht aus und habe total über meine Verhältnisse gelebt, weil ich überhaupt keinen Überblick mehr hatte. Ich dachte, das geht so weiter. Ich wußte zwar, daß ich fixe Kosten habe und alles, aber das war mir einfach ... das war auch ... sicher, ich war es gewohnt, schick essen zu gehen, Kleidung zu kaufen und so weiter.

I:

Haben das Ihre Eltern erfahren?

M:

Ja eben, und das kam dann nämlich dazu, daß ich mit meinem Geld in die miesen rückte und in die miesen rückte und dann eben auch meine Mutter wieder auftrat und sagte: „Ja und ist auch das noch und ich mache mir so viele Sorgen und hast du soundsoviel Schulden und um Gottes willen und es wird ja immer mehr und du kommst ja immer tiefer rein. Also am besten packst du deine Sachen und kommst nach Hause.“ So kurz. Und ich habe gesagt: Nein, und ich schaffe das schon irgendwie, da muß ich mich halt einschränken, oder irgendwas muß passieren. Ich komme nicht nach Hause. Das heißt, so kraß habe ich es nicht gesagt, weil ... meine Mutter ist in den Wechseljahren und leidet sehr darunter. Unter Depressionen. Und dann hing sie eben auch an der anderen Strippe und hat geheult und gemacht und getan, und da ich von Haus aus kein harter Mensch bin, der jemandem so weh tun kann, habe ich es halt nie so übers Herz gebracht, zu sagen, auf deutsch

gesagt: Jetzt leck mich, ich bleib da, und ich sehe auch zu, wie ich aus dem ganzen Schlamassel wieder herauskomme, sondern habe das immer so verschönt, also netter ausgedrückt. Aber es belastete mich natürlich auch. Im Magen.

I:

Hatten Sie Verstopfungen auch?

M:

Ja, wie gesagt, das war ja immer.

I:

Haben Ihre Verstopfungen in den letzten Monaten zugenommen?

M:

Kann ich Ihnen nicht sagen, weil ich darauf wirklich nicht geachtet habe. Es ist mir nur aufgefallen, daß ich ... äh oft so ein bißchen 'nen Bauch hatte, obwohl ich wenig gegessen hatte, daß ich mir noch dachte: Also komisch. Und dann kam noch hinzu, daß in diesem ganzen Bekanntenkreis, wo ich da rein kam und wo ich mich sehr wohl fühlte, einen mords Knatsch gab. Das Ganze war dran, zu zerfallen, was jedem einzelnen leid tat. Dann kam noch hinzu, daß die Situation mit der „Tante“ im Büro immer krasser wurde, weil ich halt ständig Dämpfer bekam, ich mich aber insofern nicht zur Wehr setzen konnte, weil es ja ihre Wohnung war, und ich mußte da ein bißchen kuschen. Na ja, und vor ein paar Monaten entwickelte sich mit ihm eine Freundschaft.

I:

Sie meinen Ihren jetzigen Freund?

M:

Ja. Aus heiterem Himmel an und für sich. Wir haben uns so ganz gut verstanden, aber er war damals im Endeffekt befreundet mit einem Mädchen, das ich auch kennengelernt habe hier in meinem Bekanntenkreis. Er war eben in dieser Clique mit drin. Man machte dieses und jenes, aber er war weder mein Typ noch war ich sein Typ. Aber irgendwie trotz des ganzen Krache kamen wir dann zusammen. So nach und nach. Es war also nicht die große Liebe, sondern nach und nach. Ja, das war an und für sich eine angenehme ... was heißt angenehm, die Entwicklung, die hat auch so gewisse Phasen, insofern, weil ... äh ... ich ihn sehr sehr liebe. Und so alles, was passiert ist und was man Gemeinsames durchgemacht hat, einfach bindet. Was ich nie, noch nie in meinem Leben erlebt habe, muß ich sagen. Vielleicht ist es Liebe, ich weiß es nicht. Aber es ist einfach was, wo er zu mir stand, und es ist einfach irgendwo ein Verständnis da, was ich eben nicht kenne. Und da ist natürlich auch ... war jetzt meine Angst gerade, wo ich mit dieser Krankheit ... ah, jetzt ist es wieder so weit.

I:

Wie meinen Sie das?

M:

Na ... daß es ein Ende gibt, weil er weiß, es kann immer wieder kommen, und ich jetzt nur so geheult habe und an und für sich ein lustiger Mensch bin und Feste feiere, wie sie fallen, und sehr unternehmungslustig bin und alles und jetzt auf einmal ... ah, nicht mehr da. Äh ... das kann chronisch sein, also ich kann in drei Wochen wieder daliegen. Muß ihm ja auf den Wecker gehen. Dann kommt er hierher, um mich zu besuchen, und ich flenne. Das hat mich also alles unheimlich beschäftigt, und ich denke: Eh ... klar, jetzt zu Hause und dann Highlives und andere Frauen, aus dem Bewußtsein heraus, es war ja immer so. Also muß das jetzt auch wieder so sein. Und dann eben auch die Angst, ihn jetzt, der mir soviel Halt gegeben hat, zu verlieren. Der mir insofern sehr viel geholfen hat ... äh ... dem ich das anvertraut habe mit meinen finanziellen Sorgen und der dann gesagt hat: „Okay, zieh zu mir in die Wohnung.“ Er wohnt noch mit einem Studienfreund in einer Altbauwohnung, und jetzt wohne ich seit circa zwei Monaten bei denen.

I:

Das ist das erste Mal in Ihrem Leben, daß Sie mit einem Mann kontinuierlich zusammenwohnen.

M:

Ja, und das ist was vollkommen Neues für mich.

I:

Und wie empfinden Sie diese neue Situation?

M:

Ich fühle mich sehr wohl. Sehr wohl, wirklich. Es ist was Neues, aber ich fühle mich sehr wohl, und es gab noch nie in der Zeit, also wo ich sagen kann, daß wir fest zusammen sind, Streit. Noch nie. Das hat mir so geholfen in der letzten Zeit. Auch wie er sich bemüht hat. Was er tut, was er macht. Kleinigkeiten einfach. Ich meine, er war nicht der Typ so vom Äußeren her, auf den ich geflogen bin, sagen wir es mal so. Und jetzt finde ich ihn unheimlich ... also es stört mich nicht.

I:

Wie reagierte denn Ihre Frau Mama auf diese neue Situation?

M:

Ja, ich meine, erst habe ich gedacht: Aha, jetzt bin ich ja nun gespannt, was jetzt alles kommt. Aber dann habe ich mir gesagt: Okay, jetzt ist der Punkt gekommen, wo mir alles egal ist, weil dieses egoistische Denken meiner Mutter geht mir jetzt

so langsam auf den Geist, habe ich mir gesagt. Und dann rief ich auch einmal an und habe gesagt: „Du hör mal zu. Ich komme am Wochenende und fahr mit jemand mit.“ Und da haben sie sich gefreut.

I:

Sie wollten bei dieser Gelegenheit Ihren Freund den Eltern vorstellen?

M:

Ja, das war Mitfahrgelegenheit, weil er normalerweise aus Frankfurt kommt und ich aus Heidelberg.

I:

Und dann erfolgte die offizielle Vorstellung?

M:

Nein nein nein. Mitfahrgelegenheit ... und dann war nochmals ein Bekannter von uns dabei, der auch aus Frankfurt ist. Und meine Eltern waren lieb und nett, und ich muß sagen, daß meine Mutter sehr positiv darauf reagierte. Sie hat auch mit der ganzen Veränderung ... daß ich dann in diese Wohnung gezogen bin, auch da hat sie positiv reagiert. Das merke ich auch an ihrer Stimme, an ihren ... wenn wir so zusammen telefonieren, daß sie sich insofern damit abgefunden hat. Sie lehnt ihn nicht ab. Meine Mutter wollte dann immer wissen: „Ja ist es was Festeres und so?“ Na, da sagte ich: „Mutti, woher soll ich das wissen. Keine Ahnung. Wir verstehen uns, und man unternimmt viel gemeinsam, aber was daraus wird, kann ich nicht sagen. Weiß ich nicht.“ Und dann an und für sich erst, so sagen wir mal, auch die letzten zwei Monate nach meinem Einzug, daß man ... daß ich gesagt habe: Das ist mein Freund, oder auch er zu mir Freundin, und ich zu meiner Mutter sagen konnte: Das ist mein Freund.

I:

Wie reagierte Ihre Mutter darauf?

M:

Na ja. Sie wünschte mir dazu alles Gute in der Hoffnung, daß ich nicht wieder eine Enttäuschung erlebe. Ich meine, sie sieht ihn als Schwiegersohn. Das ist mir so klar wie das Amen in der Kirche. Sie war am Anfang schon etwas reserviert ihm gegenüber, während mein Vater gleich per Du war und so, aber auf die kumpelhafte Art. Es kam an und für sich erst jetzt - wie ich es erlebt habe - wie sie mich hier in der Klinik besucht hat und er eben sehr viel für mich getan hat, daß sie da auch zu ihm offener war, und vor allen Dingen ... wie sie wollte ja, daß ich nach Heidelberg verlegt werde. Ich habe dann nach einer Unterredung mit meinem Freund gesagt: Ich möchte nicht nach Heidelberg, sondern ich möchte in München

bleiben, weil ... äh ... ich ganz einfach in München lebe und mit dir zusammen lebe und insofern ... äh ... einfach mehr Sehnsucht nach dir habe wie jetzt nach meinen Eltern oder gerade nach meiner Mutter, denn mein Vater arbeitet ja auch den ganzen Tag. Mein Freund hat sich über diese Entscheidung sehr gefreut.

I:

Mich würde noch etwas anderes interessieren. Können Sie sich noch an den Zeitraum kurz vor Ausbruch Ihrer Krankheit erinnern? Gab es da nach Ihrem Empfinden besondere Ereignisse?

M:

Ja, da ist noch etwas vorausgegangen, geschäftlich. Und zwar mit der Kollegin, von der ich die Wohnung hatte und die ich ja nach meinem Umzug abgegeben habe. Ich bin mit ihm zusammen ein paar Tage nach Paris geflogen.

I:

Mit Ihrem Freund?

M:

Ja, mit meinem Freund. Es war wunderschön, ich kam zurück und habe dann von der Kollegin vernommen, daß sie also erschüttert war über den Zustand der Wohnung. Es sei also ein Saustall gewesen, und sie hätte am liebsten ein Rundschreiben verfaßt und hat es natürlich in der ganzen Firma mitgeteilt, und also ich war vor den Kopf geschlagen. Das hat mir also nicht sie erzählt, sondern eine Freundin von mir. Und da war natürlich meine ganze Erholung von Paris zuerst einmal dahin. Es ist mir natürlich wieder auf den ... auf die „Makronen“ geschlagen. Ich war zuerst einmal fertig. Und das Ganze hatte noch weiter Auswirkungen insofern, als sie beim Chef sehr viel Einfluß hat, ganz einfach, weil sie zehn Jahre bei dem Verein ist und sie jetzt als Schwangere im Mutterschutz ist und ich endlich gedacht habe: Gott sei Dank, wenn die in Mutterschutz ist, dann hast du das Büro, und dann kannst du es denen einmal beweisen, daß du das zumindest genauso wenn nicht besser kannst. Ich hatte mir das schon wunderbar ausgemalt, und dann kam eben der große Strich, alles in der Zeit, wo ich nicht da war, daß sie nämlich Schauermärchen verbreitet haben muß, was ich alles über dritte Hand erfuhr, mit dem Endergebnis, daß ich also versetzt werden soll an eine andere Stelle hier in München, wo ich halt eine unter vielen bin. Der Chef meinte, nachdem ich versuchte, diese Intrigen und Schweinereien ins rechte Licht zu rücken, das sei entschiedene Sache, ohne mich überhaupt anzuhören. Der eigentliche ausschlaggebende Punkt war aber dann der, daß sie ja zwei Wochen weg war. Ich habe dieses Büro auf den Kopf gestellt trotz allem, weil ich dachte: Du gibst nicht auf. Ich habe das in einen Top-Zustand

gebracht, kam mit den Kunden gut aus, habe gebucht, war also super, habe mich wohl gefühlt ... die Arbeit hat mir Spaß gemacht auf einmal. Und dann kam eine Teilzeitkraft, um mich zu entlasten - eine sehr gute Bekannte zu ihr. Der erste Tag war so ganz nett, und dann auf einmal kamen Kunden herein, die sich nach der Frau H. erkundigten, die Teilzeitkraft also. Es stellte sich heraus, daß also diese Tante daraufhin auch intrigiert hatte, daß sie mir auch die Sauce so vermaesselte, daß sie ihre Kunden praktisch, die auch buchen, auf diese Frau H. weiterverwies. Und da wir Statistiken über unsere Buchungen machen müssen, erscheint halt hauptsächlich ihr Name aufgrund der abgeschlossenen Buchungen. Und das ist Montag, Dienstag passiert. Also jetzt vor über zwei Wochen. Am Samstag zuvor kam ich aus dem Urlaub zurück.

I:

Und am Dienstag früh wachten sie mit Bauchschmerzen auf.

M:

Ja genau.

I:

Wenn Sie erlauben, schlage ich jetzt einen Themawechsel vor. Mich würde interessieren, wie Sie Ihre Kindheit und Jugend im familiären Rahmen erlebten, wie Sie Ihre Eltern und Geschwister charakterisieren würden und was Sie für Ihre persönliche Entwicklung als besonders prägend empfanden.

M:

Ja, mein Vater ist Kaufmann von Beruf, meine Mutter immer schon Hausfrau. Ich habe noch einen Bruder, der Jura studiert. Ich muß sagen, die Beziehung zu meinem Bruder war immer ... immer nett, obwohl mein Bruder während der Zeit, wo ich im Ausland war, es natürlich sehr ausnützt und schon sehr verwöhnt wird. Also sagen wir einmal, ich praktisch in ... äh ... in der Situation bin, daß ich in Miesen bin und mein Bruder, also so na ja, mal ein Mäntelchen bekommt, mal einen Pullover bekommt, was früher nicht so der Fall war. Da wurde ich immer verwöhnt, vor allem von der Mutter. Ich war das geliebte Nesthäkchen. Meine Mutter hat von sich aus mir immer Kleidchen von Modell „Paris“ oder Modell was weiß ich was gekauft hat. Das war recht kostspielig, aber Geld war schon immer da zu Hause. Die Beziehung zu meinem Vater würde ich als nettes Kumpelverhältnis charakterisieren. Die Beziehung zu meiner Mutter war schon immer intensiver. Sie ist mit mir zum Einkaufen gegangen, sie hat gemacht, sie hat getan. Mein Vater hat gearbeitet.

I:

Wie erlebten Sie atmosphärisch das Familienleben?

M:

Harmonisch. Es gab selten Streit. Meine Mutter war immer fürsorglich, von der Einstellung her eher konservativ und ganz Hausfrau. Mein Vater war meist im Geschäft, eher ein aufgeschlossener, weltoffener Mensch. Ich bin die Erstgeborene, mein Bruder ist fünf Jahre jünger. Ich war halt so das Püppchen. Ein Wunschkind. Die Geburt war ohne Komplikationen. Ich bin normal gestillt worden, Kinderkrankheiten hatte ich so die üblichen. Gehen- und Sprechenlernen war normal, Zeitpunkt des Zahnens normal. Der Zeitpunkt des Sauberwerdens war auch regelrecht, wie man sagte.

I:

Wie wurde denn die Sauberkeitserziehung von Ihrer Mutter gehandhabt? Können Sie sich da noch an bestimmte Erlebnisse erinnern?

M:

Meine Mutter ist also sehr ordentlich. Der Putzfinnig meiner Mutter ist schon eine besondere Eigenschaft. Es blitzt und blinkt immer alles und wird aufgewaschen und gemacht und getan. Ich wurde auch immer gewaschen, geschniegelt und gestriegelt. Täglich. An sich habe ich da nichts Unangenehmes in Erinnerung. Ich meine, meine Mutter ist wahnsinnig sensibel. So nervliche Sachen. Sie war da in Behandlung eine Zeitlang beim Psychotherapeuten, und der ... äh ... das hat sie dann nicht interessiert oder hat sie nicht drauf angesprochen, und ihre Schwester hatte eine Drogerie in der Nähe unseres Wohngebiets, und da hat sie dann halbtags gearbeitet, und meine Mutter war wieder okay. Sie neigt da zu Depressionen. Sie ist sehr ängstlich, ängstlich in bezug auf Alleinsein.

I:

Haben beziehungsweise hatten Sie zu einem der beiden Elternteile eine intensivere Beziehung?

M:

Kann ich nicht sagen. Ich ... ich liebe meinen Vater genauso wie meine Mutter, selbst wenn ich mir noch so viele Gedanken machen würde. Okay, meine Mutter hat mir sehr viel Kummer bereitet auf der einen Seite, weil sie mir nur Gutes wollte, aber mich unheimlich damit belastet hat, und dann könnte ich sagen, daß ich meinen Vater dafür lieber habe. Aber sie hat mir auch schon sehr viel Gutes getan, und ich weiß auch nicht, ich kann da wirklich keinen Unterschied machen. Ich meine, mein Vater ist halt der agilere, er hat seinen Sport und die Arbeit. Meine Mutter - muß ich sagen - hat halt immer viel um die Ohren gehabt. Sie mußte die Kinder großziehen - mein Vater mußte ja arbeiten -, hatte dann ihren Vater und eine Tante zu versorgen, und dann, als mein Opa gestorben war, fing meine Oma an. Da gab es

dann ab und zu Differenzen, weil eben sowohl Oma als auch diese Tante bei uns zu Hause saßen und mein Vater eben einfach knatschig war, wenn er nach Hause kam und die zwei Omas da gesehen hat. Aber meine Mutter hat sich halt verpflichtet gefühlt. Auf der anderen Seite war die Verwandtschaft meines Vaters in unserem Haus nicht so gerne gesehen, was meinen Vater verärgerte. Auf der anderen Seite muß ich auch Kritik an meinem Vater üben, weil äh ... ich meine, jeder Mensch kann mal krank werden oder sich allein fühlen, also insofern hätte ich keinem Recht oder Unrecht geben können.

I:

Einmal eine andere Frage: Hatten Sie während Ihrer Kindheit oder dann als Jugendliche auffällige Verhaltensweisen wie etwa Nägelbeißen, Schlafstörungen, Essstörungen, Stottern, ticartige Erscheinungen, Einnässen, Einkoten oder irgendwelche Kindheitsängste?

M:

Daumenlutschen, aber nicht übermäßig lange. Vielleicht bis zum dritten Lebensjahr.

I:

Wann hatten Sie die erste Menstruation?

M:

Mit siebzehn ... (Lächelt vielsagend).

I:

Sie lachen so, als hätten Sie die Frage erwartet. Stimmt das?

M:

Nein ... weil ich wußte, daß wir darauf kommen, daß das für Sie ... wo Sie sagen werden: Sehr interessant. Das weiß ich, daß das kommt, wenn ich Ihnen jetzt sage, was ist ... Ich hatte mit ... äh ... vierzehn die Magersucht. Da fing das an. Da war ich mit meiner Mutter auf einer Modenschau und sah da ein Mannequin, die mir unheimlich gefallen hat. Daran kann ich mich noch erinnern. Ich war nie dick oder so, aber da kam mir die Idee. So schlank, so schön und der Laufsteg, das war so die Idee. Und vor allem eben diese Kleidchen und das, was ich also immer hatte und ... äh ... äh ... ich glaube einfach dieser Modetick, der sich damals bei mir auch schon irgendwo festgesetzt hat. Wie gesagt, ich war immer das Püppchen, wo ich hinkam. Ich hatte nie das an, was die anderen an hatten, Samtkleidchen, Lackschuhe und so weiter, was meine Mutter auch so wollte. Diese Magersucht hat sich über ein Jahr hingezogen. Nach einem Jahr bin ich in der Klinik eingeliefert worden, so auf dreißig Kilo abgemagert. Ich wurde in der Herzstation aufgenommen,

weil sonst kein Bett frei war, und hatte da einen sehr forschenden, netten Stationsarzt, der meinte, daß mich doch so bestimmt kein Junge anfassen wollte, weil er vielleicht meinen könnte, ich breche auseinander. Und er würde mir jetzt ein Butterbrot hinstellen, und das soll ich essen. Und dann habe ich mich gezwungen und habe es gegessen. So haben sie mich wieder hochgepäppelt. Ich blieb ein Jahr auf dieser Station in der Poliklinik. Und dann hat sich das wieder normalisiert. Meine erste Menstruation hatte ich mit siebzehn. Die kam dann immer regelmäßig.

I:

Hatten Sie zu der Zeit das Bedürfnis nach einer festen und intimen Beziehung zu einem Mann?

M:

Äh ... ja wollen wir mal sagen ... doch schon, aber ... mehr so platonisch. Also ich hatte nicht das Bedürfnis mit fünfzehn ... ich meine, es war ja eh die Zeit, wo man sich praktisch dahin entwickelt ... ich war ja ein Jahr in der Klinik. Von vierzehn bis fünfzehn.

I:

Wann haben Sie das erste Mal mit einem Mann geschlafen? Wie empfanden Sie dieses Erlebnis?

M:

Mit zwanzig. Das war recht schön ...

I:

Eine abschließende Frage: Hatten Sie in der letzten Zeit oder schon früher einen bestimmten Traum, der Sie immer wieder beschäftigte?

M:

Ja, in der letzten Zeit hier in der Klinik bin ich öfters aufgewacht. Das waren so Alpträume. Und dann ... dann habe ich von meinem Freund mit anderen Frauen geträumt, daß ich hier liege und er draußen ist ... und so. Ich wollte dauernd heiraten, und er sagte nein. Er war auch anderweitig liiert ... Aber es waren keine Horrorträume darunter. Sie bezogen sich halt meist auf die Krankheit und meinen hiesigen Aufenthalt in der Klinik. So an frühere Träume kann ich mich nicht erinnern, daß da was Besonderes darunter war.

I:

Ich bedanke mich für dieses Gespräch.

Tonbandprotokoll des 1. Paares (IRV)

Patient im IRV	Ehefrau im IRV
<u>Tafel I</u> (Tafel in a-Stellung) 1) Käfer 2) Fledermaus. <u>Tafel II</u> (a-Stellung) 1) Zwei Elefanten im Zirkus. 2) Das Rote als Zirkuszelt und als Podest. 3) Die zwei Elefanten machen eine Übung. <u>Tafel III</u> (a-Stellung, 6 sec) 1) Zwei Negerinnen. 2) Abstrakte Kunst, weil es doppelseitig gleich ist. <u>Tafel IV</u> (a-Stellung) 1) Gegerbtes Kalbsfell. Gefällt mir besonders gut. <u>Tafel V</u> (a-Stellung, 10 sec. Lacht.) 1) Tanzende Maus, die sich graziös bewegt.	<u>Tafel I</u> (Tafel in a-Stellung) 1) Eine Malerei, die sich auf der anderen Seite irgendwie widerspiegelt. <u>Tafel II</u> (a-Stellung) 1) Irgendein zerfleischtes Tier. 2) Hier Blutepitruzer, Blutpfützen, Blutlaken. <u>Tafel III</u> (a-Stellung) 1) Zwei Menschen, die sich bei der Arbeit oder beim Spiel gegenüberstehen. <u>Tafel IV</u> (a-Stellung) 1) Das erinnert mich an ein Fell, das bei meiner Mutter zu Hause an der Wand hängt. Ein Tierfell. (Lacht amüsiert.) <u>Tafel V</u> (a-Stellung) 1) Großer Vogel.
DFG- T GF+ TV DFG+ T DFBf Arch. Obj. GB+ T Orig. + GFb(FHd) MOrig. + GF (unb.) Bild GF+ TV Gefällt mir besonders gut. 10 sec. Lacht.) 1) Tanzende Maus, die sich graziös bewegt.	DF- Bild (unb.) (Spiegelung) GF+ MOrig. + GF+ TV GF+ T

Tafel VI (a-Stellung, 25 sec)

Oh (ist erstaunt)

- 1) Verschiedene Schattierungen von Farben von hellgrau bis fast schwarz. Nur Farben sind auf diesem Bild für mich interessant, sonst sehe ich nichts.

DF (Fb)
(Hd)
Schattierung

Tafel VI (a-Stellung, 15 sec)

Gott, ich habe so eine schlechte Phantasie. Bei dem fällt mitüberhaupt nichts ein. Vielleicht 1) ein Tierfell als Bodenvorleger oder Wand- schmuck. Vielleicht tue ich in Gedanken ein Haus einrichten.
(lacht.)

GF+ TV

Tafel VII (a-Stellung, 5 sec)

- 1) Zwei Mädchen.
- 2) Engelköpfe an Kirchenwänden.
(Deutet auf das mittlere Drittel.)

GF+ M
DF+ HdV

Tafel VII (a-Stellung, 10 sec)

- 1) Zwei Köpfe, die sich gegenüberstehen und anschauen.
(Mittleres Drittel.)

DF+ HdV

Tafel VIII (a-Stellung)

- 1) Zwei Luchse (auf der Jagd vielleicht).
(Rot beidseits)
- 2) Die Mitte als wunderbarer Baum, der in seiner Farbgebung Ruhe und Geborgenheit signalisiert.
(Grün und Blau Mitte.)

D_b F+ TV
DFBF+
Pfl. Orig. +

Tafel VIII (a-Stellung)

- 1) Verschiedene Pastellfarben.
- 2) Links und rechts zwei Bären, die einen Berg oder Baum erklimmen haben und kurz vor der Spitze Rast machen.
(Deutet auf Rot beidseits.)

DFb Farbe
D_b F+ TV

Tafel IX (a-Stellung, 10 sec)

Beruhigende Farben, sonst kann ich mit dem Bild nichts anfangen, habe keine Beziehung zu dem Bild.

- 1) Meer, unruhiges Wasser.
(Grün, mittleres Drittel)

D_b Fb Meer

- 2) Feuer oder Feuerwerk.
(Orange, oberes Drittel.)

DFBF-

Feuerwerk Orig.-
G_b FBF- Unwetter

- 3) Unglück, Sturm oder Unwetter.

Tafel IX (a-Stellung)

Tafel X (a-Stellung)

Gefällt mir sehr gut, diese unruhigen
Farbklecke verschiedenen Musters.

- 1) Maler-Palette.
- 2) Krees.
(Blau seitlich.)
- 3) Löwen.
(Gelb Mitte.)
- 4) Bestimmte Figuren und Farben eines Malers,
der damit experimentiert.

Zeitdauer: 10 min.

Tafel X (a-Stellung)

- 1) Das sind verschiedene Mal- und Kleckversuche DFbF- Bild
im Kindergarten. DF+ TV
- 2) Außen sind blaue Spinnen.
(Blau seitlich.)
- 3) Oben zwei graue Mäuse.
(Grau oben, medial.) DF- T
- 4) Lauter kleines Ungeziefer.
(Grau beidseits, mittleres Drittel.) DF- T
- 5) Da oben könnten gemalte Striche
von einem Gynäkologen sein.
(Licht verschämt.) DFb (Fhd +)
(Grauer Fortsatz, oben medial.) Anat. / Bild

Zeitdauer: 8 min.

Mann (Patient)

Frau

Tafel I (Tafel in a-Stellung)

1) Ein Käfer (mit seinen Formen und Zangen). DGF- T

Nein, ich würde sagen, das ist zuerst einmal ein Tier.

2) Ja, das kann ja auch ein Fabeltier sein. GF+ I →

Ich würde sagen, eine

3) Art Fledermaus. GF+ TV

4) Schau, die dunklen Flügel und das Mittelteil als Fledermaus. DF+ TV

Also Fledermaus.

* (Legt ab.)

1) Das ist etwas Gemaltes,
und in der Mitte steht ein Spiegel. D F- Bild
(Spiegelung)2) Ja, von dem Mittelteil her schon eher
ein Tier. DGF- T

Ja, das kann zutreffen.

Fledermaus? Na, da braucht man aber schon
viel Phantasie dazu ...Okay, lassen wir Fledermaus.
(lacht dazu.)

Tafel II (a-Stellung)

*

1) Blut, oder?	DCFB Blut	←	1) Das erinnert an ein zerfleischtes Tier ohne Kopf. Blut, ja genau.	GFbF T
2) Ich hab es anders gesehen, nämlich Elefanten im Zirkuszeit auf einem Podest. (Deutet auf Rot unten.)	DF- T Orig.-	—	2) Also ich seh da irgendwie keinen Kopf darauf, sozusagen Reste nach einem Kampf und da Blut-spritzer, vielleicht Bären ohne Köpfe.	DF+ T
3) Ich hab das von einer ganz anderen Seite gesehen. Das Rote also Blut, etwa <u>Kampf</u> von zwei Mammüts.	DC, FFB T ^b Orig. +	—	Also ich würde mich auf das Tier gar nicht so festlegen. Das könnten vielleicht so 3) Bärenkatzen sein, oder? (Schwarze Ausläufer unten.)	DF- Td
4) Also ich finde das als Rüssel und mit Kopf. (Schwarze Spitze.) (Lacht..)	DF- Td	—	4) Ja, aber bei mir ist ja der Kopf schon weg. (Lacht auch.)	DFTd
Also sagen wir mal zwei kämpfende Tiere.		←	Ja, genau, das kann man gar nicht so genauer deuten. Ja, das würde ich auch sagen.	

* (Legt ab.)

Tafel III (a-Stellung)

*

1) Tanzende Neger sehe ich da.

GFb(FHd+)
MOrig. +

1) Zwei Menschen, die sich gegenüberstehen,
entweder bei der Arbeit oder genauer
Kinder beim Spiel.

GB+ MOrig. +

2) Oder vielleicht, Bilder, Kunst und Farbe?

GFb Gemälde

Ach so. Also ich hab mich ehrlich gesagt
von der Farbe nie so beeindruckt lassen.

2) Ein komischer Klecks.

GF- (unb.) Klecks

Sagst du Neger wegen der Kopfform?
(Deutet auf Schwarz oben beidseits,
a-Stellung.)

Ja, erst mal die Form und dann die Farbe
haben mich inspiriert.

→

(Schmunzelt.)

Ja weist du, die anatomische Stellung
ist so ausgeschlossen.
(Lacht.)

Bleiben wir halt bei tanzenden Negern.

(Lacht auch.)

← Ja, okay.
(Lacht.)

*

(Legt ab.)

Aber es könnte auch in der Mitte ein Fluß sein,
und rechts und links wird Wäsche gewaschen.

DB+ M Ldch.
Orig. +

Tafel IV (a-Stellung)

*					
1) Ja, mich erinnert das an ein Bodenfell.	GF+ TV	→	1) Das erinnert mich an ein Fell bei meiner Mutter im Zimmer.	GF+ TV	
Ja, nur das Fell hat mich inspiriert.		→	2) Felle von zerlegten Tieren.	DF+ TV	
Bleiben wir bei Fell, sonst kann ich nichts dazu sagen.		←	Ja, ganz genau.		
		←	Ja, wie bei meiner Mutter.		

* (Legt ab.)

Tafel V (a-Stellung)

*					
1) Ich hab das mehr als tanzende Maus gesehen. (Lacht.)	G _b F- T	—	1) Ein großer Vogel nach meiner Meinung.	GF+ T	
Also wie aus einem Märchen die tanzende Maus. - Siehet du was anderes?		←	2) Ja, stimmt, das Mittelteil, das könnte sein. DF- T Orig. -		
Einen Vogel? Nein.		—	Da sollten mehr Farben sein. Ich hab einen Vogel darin gesehen.		
Also groß schon gar nicht. (Lacht.)		—	Einen großen Vogel.		
Also lassen wir es bei der Maus, das ist besser.		—	Das gefällt mir gar nicht. (Unzufrieden.)		

* (Lacht und legt ab.)

Tafel VI (a-Stellung)

*

Nur die Farben sind da für mich interessant, sonst nichts.

Das inspiriert mich weder in der Form noch in der Farbe. Da fällt mir echt nichts ein.

Also, da ist mir echt nichts eingefallen.

1) Eigentlich nur die Farben. Verschiedene Grautöne bis ins Schwarz. Aber von der Form -

Da kann ich nichts sagen zu dem Bild.

* (Legt ab.)

Tafel VII (a-Stellung)

*

1) Ich sehe da Putten- oder Engelsköpfe in den Kirchen.
(Mittleres Drittel, beidseits.)

Siehst du etwas anderes? Für mich sind es Puttenköpfe.

Ach so.

Mir fällt da wenig ein.

1) Es erinnert mich überwiegend an ein Fell.

Ein Tierfell, wobei das Vorderteil gar nicht so dazu paßt.
(Deutet auf den oberen Fortsatz.)

DF(Fb) Hd
Schattierung

(Unterbricht:)

← — Ja, mir sagt das auch nichts.

← — Ja, ich auch nicht.

1) Zwei küssende oder sich anschauende Menschen oder Kinder, die sich verkleidet haben.

2) Zwei Menschenköpfe.

DF+ MdV

← — Ah, ja.

3) Im Unterteil sehe ich ein Zwiebelmesser, einen Zwiebelhacker.
(Deutet auf Grau in Schwarz, Mitte unten.)

DF+ Obj.
Orig.+

GF- M Orig.-

DF+ MdV

Ja. Ihm ...

2) Man könnte es auch als Hirschgeweih sehen.

Ja, mit Phantasie könnte man Hirschgeweih sagen, oder was meinst du?

Ja, oder ein alter vom letzten Jahrhundert.

Ja, also Zwiebelwie ... wie sagt man das?

Zwiebelwölger heißt er, glaube ich.

* (Legt ab.)

Tafel VIII (a-Stellung)

*

(Unterbricht.)

Ja genau, das habe ich auch gesehen.

1) Genau, das Mittlere.
(Grün Mittel.)

DFB Pfl.
Orig.-

4) Vielleicht mit einem gedrehten Griff
daran.

Das unten erinnert mich mehr an ein Messer,
an eine Schneide - eigentlich ein Widerspruch
zu oben.

GF+ Td Orig.+

Ja, genau. Könnte sein.

Nein, ich finde immer noch eher so ein
Zwiebelschneider mit Griff.

Ja, genau, von früher, mit so einem
verschnörkelten Griff.

Zwiebelmesser, glaube ich, oder Hackmesser.

1) Zuerst einmal Tiere, Pastellfarben und
2) zwei Bären.

(Deutet auf Rot beidseits.)

3) Oder ein Baum, hoch, mit Blättern.

DFB Farbe
DF+ TV

GFFB- Pfl.
Orig.-

2) Zwei Wölfe, oder ...?

Nein, keine Bären.

Mir gefällt das alte Baum, und die Farben sind so schön beruhigend. Der Baum beruhigt irgendwie. Das ist mir sofort aufgefallen.

3) Diese Farbzusammensetzung, da ist so ein ruhiges Grün.

4) Wie im Wald, wo einer unter einem Baum Schutz sucht.

(Unterbricht.)
Ja im Wald -

(Lenkt ein.)
Ja, das sehe ich auch so.

* (Legt ab.)

4) Die Bären klettern hoch und machen eine Verschnaufpause kurz vor dem Ziel.

(Unterbricht.)

Nein, also schon eher zwei Bären, oder?

5) Aber komm. Schau doch mal hin, das sind doch Bärenköpfe.
(Lacht verlegen.)

→ Hm, ja.

DFB Farbe
→ Ja, hm, ja.

DFFb-
Wald - Szene → Ja, aha.

Also da sind zwei Tiere ... die versau ...
(Zögert.)

→ - die versuchen hochzuklettern, oder?

→

DB+ T Orig.+

DFF+ Td

Tafel IX (Anstellung)

*

Was haben wir denn da?
(Nicht auf Anstellung.)

Ja, ja

1) Ach so. Das ist also Magma ...
(Mit Ohren.)

2) Das praktisch die Erdkugel ... grün ...

Ja, das finde ich auch so.

Das weiß ich gar nicht mehr.

Ja, jetzt finde ich es auch so.

* (Lagt ab.)

1) Feuer, oder Ingegnant

2) Unwetter.

3) Ein Meer da.

(Grün, mittlere Drittel.)

4) (oder ein hochgehender Vulkan, und
die Erde blickt in der Mitte aussehender.)

UFFb Magma
trick-

Ja, genau ...

UFFb-Globus

Ja, genau, und hier das Feuer.
(Nur oben in Anstellung.)

Was hast du gesehen?

Aber jetzt findest du es auch so? Oder?

UFFb Feuer

UFFb - Unwetter

UFFb Meer

UFFb Vulkan

1
2
3
4

Tafel X (a-Stellung)

* (Licht.)

- 1) Ein Maler mit seiner Palette, wo bestimmt Farbmuster ausprobiert wurden.

DFB- Obj.
Orig. -

← Ja, aha, ja.

- 2) Formen von Tieren, Krebsen.
(Blau seitlich.)

DF- I

← Ja, ja. Ach so.

- 3) Ein kleiner Löwe vielleicht.
(Gelb, Mitte, rechts.)

DF- I

← 1) Ja, ich sehe bunte Bilder, Kindergarten-
bilder, von einem Kind gemalen.

DFBF- Bild

- 2) Spinnen; (Blau seitlich.)

DF+ TV

- 3) Krebse.

DF+ TV

- 4) Zwei graue Mäuse.
(Grau Mitte, oben.)

DF- I

- 5) Da unten vielleicht Eierstöcke.
(Gelb Mitte, beidseits.)
(Lacht laut.)

DF+ Anat.
Orig. +

- (Lacht mit.)

Ja, mir kommt es so vor, als würde
ein Künstler Farbkompositionen üben.

- 6) Eine Gebärmutter.
(Grün medial, unten.)

DFBF-
Anat. Orig. -

→

← Ja, das kann sein.
Oder eben von einem Kind,
weil ja nichts Deutliches da ist.

→

Ja, aber von einem Kind würde ich abraten,
weil diese Kompositionen schafft kein Kind.
Versteht?

← — Ja ... hum (mißnützig.)

Ja auch diese korrekte Führung ...

→

(Unterbricht.)

Nein, ich sehe das eher als
7) Wasserfarben, weil das so verläuft.

DFFb+ Farbe

Keine Kunst.

(Deutet auf die großen roten Konturen,
beidseits medial.)

| —

Ja; würdest du dann meine Ding -

→

(Unterbricht:)

— - ja doch, sowohl als auch.

↘

Ja, aber wenn wir uns einigen sollten,
müssen wir ... also da bin ich mehr für
meine These.
(Lacht.)

→

(Zögert.)

← — Ja, okay.

Also gut. Dann also:

4) Eine Art Malarbeit, eine Vorbereitung
zu einer Malarbeit, in gewisser Weise.

DG FbF Bild

Orig. + ← — Mh, ja.

→ — *

* (Legt ab.)

Zeitdauer: 13 min.

Patient im IRV

Tafel I (Tafel in a-Stellung)

- 1) Eine Fledermaus.

Tafel II (a-Stellung; 10 sec)

Da kann ich mir nichts vorstellen ... nein.
(Dreht die Tafel mehrmals und legt ab.)

Tafel III (a-Stellung; 5 sec)

- 1) Zwei Menschen, die auf einer Trommel herumhacken.

Tafel IV (a-Stellung; 10 sec)

Da kann ich mir nichts vorstellen ...
(Pause) ... nein.
(Dreht die Tafel mehrmals und legt ab.)

Tafel V (a-Stellung)

- 1) Ein Schmetterling.

Partnerin im IRV

Tafel I (Tafel in a-Stellung)

(Lächelt.)

- 1) Ein Schmetterling.
- 2) Fledermaus.

Tafel II (a-Stellung; 10 sec)

Das ist ... (Lacht verlegen) ... ich weiß nicht.
(Längere Pause, legt dann zögernd ab.)

Tafel III (a-Stellung)

- 1) Das sind zwei Menschen, die mit einem Topf herumtischen.
- 2) In der Mitte ist ein Topf, und links und rechts steht jemand.

Tafel IV (a-Stellung; 15 sec)

Das sieht wie ein
1) Tierfell, ein Elabärfell oder so ähnlich --
(Legt die Tafel abrupt weg.)

Tafel V (a-Stellung)

- 1) Das ist eine Fledermaus.
(Legt die Tafel sehr schnell ab.)

GF+ TV
GF+ TV

GB+ MV

DF+ Obj.

GF+ TV

Tafel VI (a-Stellung; 10 sec)

Schaut wie ein

- 1) aufgeschnittenes Tierfell aus.
(Dreht die Tafel einmal herum
und legt dann ab.)

GF+ TV

Tafel VI (a-Stellung; 15 sec)

Mir fällt da nichts ein.
(Lacht verlegen und legt ab.)

Tafel VII (a-Stellung)

Der obere Teil

- 1) stellt das Porträt von zwei Frauen dar.

DF+ MdV

Tafel VII (a-Stellung)

Da fällt mir auch nichts ein.
(Legt sofort ab.)

Tafel VIII (a-Stellung; 8 sec)

Da sehe ich nur

- 1) an der Seite zwei Katzen.
(Deutet auf Rot seitlich, dreht die Tafel
mehrmals und legt ab.)

DF+ TV

Tafel VIII (a-Stellung; 10 sec)

(Lacht.)

Da sind

- 1) links und recht zwei rote Mäuse,
die da hinaufsteigen ... (Pause)
... die steigen da auf das Ding
hinauf.
(Deutet auf Rot seitlich und
dann auf Grau im oberen Drittel.)

DB+ TV

Tafel IX (a-Stellung; 5 sec)

Da kann ich mir nichts vorstellen.

- (Dreht die Tafel mehrmals herum und legt ab.)

Tafel IX (a-Stellung)

Das ist so eine

- 1) Röntgenaufnahme.
2) Ein Becken von einem Menschen.
(Legt die Tafel abrupt weg.)

GF- Anat.
GF- Anat.

Tafel X (a-Stellung; 13 sec)

Schaut aus wie

- 1) eine Ansammlung von Meerestieren, Krabben oder so.
- 2) Schwierige Kleecke; die hätten genauer gezeichnet werden sollen ...

(Lächelt verschmitzt und legt ab.)

GFbF+ T

GFbF-
Kleecke Orig. -

Tafel X (a-Stellung; 10 sec)

(Lacht.)

Na ja, das sind

- 1) zwei kleine Tiere mit Fühlern und Hörnchen. DF+ T
(Deutet auf Grau, Mitte oben.)
- 2) Hier ein Skorpion oder zwei blaue Skorpione. DF- T
(Blaue Seiten beidseits.)
- 3) Da zwei grüne Raupen. DFFb+ TV
(Zeigt auf Grün Mitte.)
- 4) Das ist ein Frosch, der DB+ T Orig. +
von der einen auf die andere Seite hüpf.
(Deutet auf Gelb Mitte beidseits.)

Zeitdauer: 8 min.

Zeitdauer: 12 min.

Mann (Patient)

Frau

Tafel I

1) Fledermaus, oder

GF+ TV

* (a-Stellung)

← Ja, schon, kann man sagen.

2) Die Flügel hier und das ganze Gefieder.
(Seitliche Ausläufer)

DF+ Td

← Ja ...

... ja, das erste ist eine Fledermaus.

* (Legt ab.)

Tafel II

* (Übernimmt die Tafel in a-Stellung)

* (Dreht mehrmals die Tafel herum.)

... da kann ich mir also gar nichts vorstellen.
(Lacht.) ...

Dreh doch mal die Tafel andersherum.

★

Was ist das?

(Deutet auf den mittleren Teil in a-Stellung.)

Ja, also da kann ich mir nichts darunter vorstellen. (Lacht verlegen.) ... Kannst du dir was vorstellen?

* (Dreht die Tafel einmal herum.)

Auch nicht mehr.

Auch nichts, oder?

(Schweigt.)

Nein, also da können wir uns beide nichts vorstellen ... Nein, also das kann man drehen, wie man will, da kommt gar nichts raus -

(Schweigt.)

(Unterbricht:)
... oder wie ein Hund (Lacht verlegen)
... ein dicker Hund -

1)

... ein Roll-Mops-Hund.

(Tafel in d-Stellung, obere Hälfte, schwarz)

DF- T Orig.-

(Unterbricht:)
... ein Hund?

1) Zwei Hunde im Zirkus, die herum-...
und dann abstürzen. (Lacht verlegen)
... nein, aber wirklich; da kann man
sich nichts vorstellen unter der Tafel.
(Lacht.)

DB+ T

Nichts Genaues.

* (Legt ab.)

Tafel III

1) Ja, die haben eine Trommel und tanzen.

GB+ MV ———→

* (Tafel in a-Stellung)

1) Das sind zwei Menschen.

GF+ MV

Eine Trommel? Ja, kann ... (Pause)

2) ... ja, so Eingeborene ...

GF(Fb)+
(Fhd)WOrig. +

Ja, zwei Menschen, die auf eine Trommel
hauen.

↔
↔
↔

mhh ...

Die haben den Test noch nicht gemacht und
wissen nicht, wie gefährlich es ist, auf
einer Trommel rum ... (ironisch.)

* (Schmunzelt und legt ab.)

Tafel IV

Was ist das? Was meinst du, was das ist?
(Lacht.)

Dreh es doch mal anders herum.

Nein, da kann man sich nichts darunter
vorstellen.
(Nuschelt vor sich hin.)

Nein, da kann ich mir nichts darunter
vorstellen.
(Spricht jetzt bestimmter und
nachdrücklicher.)

1) Höchstens der Dicke davon ... nein, der
ist es auch nicht, weil der einen Kopf hat.

Nein, also ...
(Deutet auf den unteren Teil des Mittel-
stücks in a-Stellung.)

Also unter der Tafel kann man sich auch nichts
vorstellen.

* (Tafel in a-Stellung)

DF+ Md

1) Das sind zwei Füße, zwei große Füße,
und der Rest fehlt.

_____*

* (Dreht die Tafel in c-Stellung.)

(Schweigt.)

Doch, das sind sie schon.
(Wendet zaghaft im Flüsterton ein.)

DF- Md
(unb.)

_____ Nein ... (flüsternd)

* (Legt ab.)

Tafel V

1) Und ein Schmetterling.

Meinst du?

2) Oder ein Farbkleck von einem Iren ...
(Grinst.) ... nein, ich finde, das ist
ein Schmetterling
3) mit den Fühlern da und so weiter.
(Zeigt auf die beiden Ausläufer
der Spitze.)

Na gut, dann ist es eine Fledermaus ...
(Lacht und gibt sich gelangweilt.) ...
... Ist mir doch wurscht (schelmisch).
Also dann Fledermaus.

Tafel VI

1) Das ist das Tierfell, das aufgeschnittene.
Schauf aus wie ein Tierfell ... nur bis auf
2) den Kopf da, aber es kann ja allerdings
auch einen kleinen Kopf haben. Oder, hm?
(Oberer Fortsatz, Mitte allein,
in a-Stellung.)

Also, Tafel sechs ist dann ein Tierfell, hm?

* (a-Stellung)
1) Fledermaus.

GF+ TV ——— Nein, das ist zu schlank.

Ein Schmetterling ist rund und dick.

GFbF -
Klecks Orig. -

DdF+ Td ———

———
Nein, ein Schmetterling hat vier Flügel,
der da hat bloß zwei (kleinlaut).

———

(Lacht auch.)

* (Legt ab.)

* (a-Stellung)
(Schweigt und dreht die Tafel ganz herum.)

GF+ TV

DF+ Td

←———Ja, schon irgendwie ...

←———Mhh, gut ...

* (Lacht verlegen und legt ab.)

GF+ TV

Tafel VII (a-Stellung)

1) Das sind zwei Menschen im Porträt.
(Deutet auf beide Seiten des
mittleren Drittels.)

GF+ MIV

*

↔ Ach ja, mhh ...
(Dreht die Tafel einmal herum.)
→ 1) Ja genau, das Gesicht da, gell?
(Deutet auf den Mittelteil der Tafel
in a-Stellung.)

DF+ MIV

2) Ja, das ist ein Gesicht
und das ist ein Gesicht ... so im Porträt.
(Deutet auf beide Seiten, mittleres Drittel
in a-Stellung.)

DF+ MIV

→

↔ Ah, ja, das habe ich noch nicht gesehen.

Na ja, das sind zwei Menschen im Porträt,
oder?

↔

↔ Kann man so sehen, ja.

Wenn man sich das Untere wegdenkt ...

↔

↔ Mhh ... Ich habe da sonst nichts gesehen.

Ja, zwei Menschen im Porträt.

→

* (Legt ab.)

Tafel VIII

1) Da links und rechts eine Katze, oder was?
(Rot seitlich.)

DF+ TV

* (a-Stellung)

→ *

← Ja, irgendein Vieh.

Ja, das ist links und rechts eine Katze oder so was dort ... und das in der Mitte, das weiß keiner, was das sein soll ... hm, was sagst du? Siehst du da was in der Mitte?

— Nein - (zögernd)

— (Unterbricht:) - gehst gleich zum Psychiater (frozelnnd).

— ... nein, Katzen sind das nicht da oben.
— Eine Katze hat einen langen Schwanz.

Was dann? (Leise)

1) Ein Hamster.
(Rot seitlich rechts, in a-Stellung.)

DF+ TV

Ach geh.
(Lacht laut auf und grimassiert spöttisch.
Läßt die Tafel wieder los.)

*

Ja, ein Hamster schaut so ähnlich aus.
(Mit entschuldigendem Unterton,
lächelt dabei schüchtern.)

→

Ja, gut. Also zwei Hamster, links und rechts.
(Schmunzelt).

* (Lacht und legt ab.)

Tafel IX

Ja, da weiß keiner etwas.

Da kann ich mir nichts darunter vorstellen.
(Greift zur Tafel und dreht mit.)

Nein, da weiß ich nichts.
Kannst du dir da was vorstellen?
(Läßt die Tafel wieder los.)

Geh, von was denn?

Nein, also da sehe ich überhaupt nichts drin.

Nein, also da sieht man nichts.
Gib die nächste Tafel her!

* (a-Stellung)

(Schweigt und dreht die Tafel
mehrmals herum.)

* _____ *

(Schweigt.)

* (a-Stellung.)

1) Na ja, vielleicht eine Röntgenaufnahme.
(Spricht leise und lacht unsicher.) GF- Anat.

—

—

← Mhh, na ja, ja ...
(Huschelt vor sich hin.)

—

* (Legt wortlos ab.)

Tafel X

- 1) Meerestiere oder
 - 2) Krebse oder so ein Zeug.
- (Deutet auf Blau seitlich in a-Stellung.)

GFbF+ T
DF+ TV

* (a-Stellung)

1) Frosch
(Gelb Mitte)

DF+ T

2) Ratten ...
(Braun beidseits, unteres Drittel.)

DF- T



... ja so Tiere halt.

Mhh ...

3) Skorpion.
(Blau beidseits.)

DF- T

Ja, da sind so verschiedene Tierarten drauf.
So kleinere ...
(Lacht und bricht ab.)



(Lacht auch.)

Ja, dann hätten wir's.
(Schaut von der Tafel weg zum Versuchsleiter.)

* (Legt wortlos ab.)

Zeitdauer: 30 min.

Rehefrau im IRV

<u>Tafel V</u> (a-Stellung) (Lacht.)	GF+ TV	GF+ TV
1) Wieder Fledermaus.		1) Das ist wieder so eine Fledermaus, noch ähnlicher als bei der ersten Tafel. (Lacht erleichtert.)
<u>Tafel VI</u> (a-Stellung) (Schmunzelt.)	GF+ TV	GF+ TV DCF- I
1) Da werden Sie lachen, das ist wieder ein Tierfell. (Spricht mit entschuldigendem Unterton, lächelt unsicher.)		1) Lächelt:) Ohh ... 2) Wieder ein Fell. 3) Eine Ziege mit Kopf und Ohren. (Deutet auf den oberen Fortsatz und legt schnell ab.)
<u>Tafel VII</u> (a-Stellung; 23 sec.)	DF+ Md Orig. +	DF+ Md Orig. +
Besteht eigentlich aus zwei Teilen, dieses Bild (Atmet tief durch): 1) Oben könnte man sagen Putten, Barock. (Deutet auf das mittlere und obere Drittel.) Unten ... (Überlegt, sagt plötzlich:) Da fällt mir nichts ein. (Lacht und legt schnell ab.)		1) Ja doch. Das sieht wie zwei Mädchenköpfe, die ihre Pferdeschwänze nach oben gerichtet haben. (Lächelt und deutet auf das obere Drittel.)
<u>Tafel VIII</u> (a-Stellung; 5 sec.)	GFb- Pfl. Orig. -	DF+ TV
1) Blume, auf der Insekten krabbeln.		1) Die Mäueren, rosaroten Gebilde sehen wie Walddiere oder Marder aus. (Deutet auf Rot außen beidseits.) 2) Das in der Mitte vielleicht ein stilisierter Baum. (Deutet auf die Mitte in Grau und Blau; lächelt unsicher.)
<u>Tafel VIII</u> (a-Stellung; 10 sec.)		DFb Pfl. Orig. +
Hm, das ist schwierig.		

Tafel IX (c-Stellung; 5 sec.)

Organe von Säugetieren oder Menschen:

- 1) Nieren ...
(Deutet auf Orange beidseits.)
- 2) Leber ...
(Deutet auf Grün beidseits.)
- 3) und Milz ...
(Deutet auf Rot im oberen Drittel.)
(Ist unzufrieden, legt dann schnell ab.)

DFFb+ Anat.
Orig. +

DFFb- Anat.
DFFb- Anat.

Tafel IX (a-Stellung; 5 sec.)
(Überlegt:) Hum ...

- 1) Das Orange sind zwei Hirsche vielleicht ... DP- I
(Deutet auf das obere Drittel.)
- .. das andere ... ich weiß nicht so recht.

Tafel X (a-Stellung; 10 sec.)

- 1) Spinnen oder Krebse ...
(Deutet auf Blau beidseits, Überlegt länger,
atmet tief durch, seufzt.)
- 2) ... vielleicht ein menschliches Skelett ...
also Fragmente eines menschlichen Skeletts.
(Grau oben und Blau Mitte.)
(Ist peinlich berührt und legt zögernd ab.)

DF+ TV

DF+ Anat. Orig.+

Tafel X (a-Stellung; 5 sec.)
(Überlegt:) Hum ...

- 1) Außen, das Blaue, wie ein Kriebeltier.
(Blau beidseits.)
- 2) Oben das Schwarze wie ein Skelett.
(Grau oben medial, Säule allein.)
- 3) Da unten das Schwarze wie ein Käfer.
(Grau seitlich links.)
- 4) Das Gelbe in der Mitte
wie ein Käfer oder Insekten.
(Deutet auf Gelb, Mitte links.)

DP+ TV

DdV+ Anat.

DP+ T

DF- T
(unb.)

Mit dem Roten weiß ich nichts anzufangen.
(Lacht verlegen und legt verschämt ab.)

Zeitdauer: 10 min.

Zeitdauer: 10 min.

* (Legt ab.)

Tafel II

1) Ein menschliches Becken ...
(Schwarz allein.)

... oder von einem Säugetier.

Ja, aha.
(Lacht auch.)

(Schweigt.)

*
Ja, doch, da kann ich schon etwas anfangen.
(Übernimmt die Tafel.)

Mhh ...

Muß nicht sein.
(Mit prononciertem Tonfall.)

(Unterbricht:) - ja, ich würde ...

(Unterbricht:) - Elefanten, hm?
(Lächelt mokant.)

Ja. Also sagen wir Elefanten.
Nein, sagen wir Elefanten.

* (Legt ab.)

* (s-Stellung)

DF+ Anat.

← Ach, mhh ...
(Lacht peinlich berührt.)

→ 1) Zwei Elefanten mit den Rüsseln
habe ich gemeint ...
(Lacht entschuldigend dazu.)

Becken hat aber auch etwas auf sich,
das habe ich mir zuerst auch gedacht,
das hätte ich sagen sollen, aber ...
(Verschluckt die restlichen Worte.)

Mit Elefanten kannst du nichts anfangen?

→ 2) Also mehr so Spielzeug-elefanten.

Auf eines müssen wir uns einigen?

Ja, aber wenn, dann sollten wir -

... Becken, da kann ich mir auch etwas
vorstellen, aber ... (Bricht ab) ...
ich kann mir auch vorstellen, es sind
zwei so -

→ Spielzeug-elefanten (verlegen).

→ Oder Becken? Man kann auch beides sagen.

→ Ja, mhh.

DB+ T

DF+ T Orig. +

Tafel III

1) Neger im Busch, die vor einem
Kochtopf stehen.

Ja -

Ja, aber darf ich -

(Unterbricht:) - hm?

Also Neger im Busch.

G₀F(Fb) (Hd)
M Orig. +

* (a-Stellung)

1) Ja, zwei weibliche Gestalten,
← ——— die einen Korb gemeinsam heben.

→

(Unterbricht:) - da ist der Platz eng.
(Deutet auf die Mitte.)

→

(Unterbricht:) - ja ...

←

← ——— Ja.

* (Legt kommentarlos ab.)

GB+ MV

Tafel IV

1) Das ist ein Bärenfell.

(Schweigt.)

Bärenfell.

GF+ TV

* (a-Stellung)

Ja, ich glaube, das habe ich auch gesagt.
→ ——— Oder, habe ich nicht ... Fell gesagt?
(Zögert.)

← ——— Mhh ...

* (Legt ab.)

Tafel V

* (a-Stellung)
 Ist wieder - (lacht)
 1) (Unterbricht:) - Fledermaus ... GF+ TV
 ← Ich habe auch so ...
 (Nuschelt vor sich hin und lacht zufrieden.)
 * (Legt dann ab.)

Tafel VI

(Unterbricht lachend:) - wieder eine -
 (Wiederholt:) ... Fledermaus
 * (a-Stellung)
 Das ist -
 1) Ein Ziegenfell oder so.
 →
 Fell oder Ziegenfell.
 →
 * (Legt ab.) GF+ TV

(Führt mit lauter Stimme dazwischen:)
 - das weiß ich nicht.
 Ja, ich glaube, ich habe das auch gesagt.
 Fell, Fell, Ziegenfell.

Ja, ja.

Tafel VII

Das habe ich in zwei Teilen gesehen.

1) In Putten, Barockputten -
(Deutet auf das obere und mittlere Drittel.) Orig. +

DF+ Hd

(Unterbricht:) Ja -

← ————— →
1) - Ja, ja, ich habe gesagt Mädchenköpfe-

DF+ HdV

2) (Unterbricht:)

- Pferdeschwanz auch.
(Zeigt auf das obere Drittel beiseite.)

DF- Hd

← ————— *

Und das weiß ich nicht,
was ich gesagt habe zum unteren Teil.
(Deutet auf den unteren Teil der Tafel.)

← ————— De habe ich gar nichts gesagt. Ja, Putten.

* Mhh ...
(Übernimmt die Tafel.)

← ————— →

Was machen wir? Mädchenköpfe?

← ————— Ja, so Putten, oder so.

2) Mh, Engelköpfe?

DF+
Engelköpfe

Hmm ... (zögert)

Hm?

← ————— Die haben zwar keinen sehr engelhaften
Ausdruck
(Bricht ab und lacht.)

* (Legt ab.)

Tafel VIII

1) Das ist eine Blume, genau.
(Deutet auf Grau oben.)

Ja, mhh.

2) (Unterbricht:)
- wo Insekten draußen herumkrabbeln,
auf der Blume.
(Deutet auf rote Seiten.)
Also sagen wir halt Marder auf einem Baum.
(Mit einräumendem Unterton.)

Na ja, ich sage ja, jetzt sehe ich das auch,
Marder -

Mh, Marder, der auf einen Baum
hinaufklettert.

DC FFB-
Pfl. Orig. -

1) Ich habe gesagt, daß das zwei Marder sind,
die sich am Baum aufrichten.
(Lacht laut auf, zeigt auf Rot beidseits.)

Blume kann ich eigentlich nicht so sehen -

DB- T

Ja wirklich?

Ja, also ich weiß nicht,
als Blume sehe ich das nicht.

(Der Tonfall ist halb entschuldigend,
halb protestierend.)

(Unterbricht schnell:)
- auf einem Baum.

* (Lächelt zufrieden und legt ab.)

* (a-Stellung)

Tafel IX

1) Das weiß ich nicht.

Ich glaube auch Blume.

(Schweigt.)

(Unterbricht:)

2) Hirschkäfer?

(Unterbricht und greift auch zur Tafel:)

- ach so, ja, ja, aber unten -

(Unterbricht:)

3) ein Wald.

(Zeigt auf Grün, mittleres Drittel.)

*

(Unterbricht und übernimmt die Tafel:)

Röhrende Hirsche.

Na ja, kann man schon so sehen.

Ja, röhrende Hirsche.

* (Legt ungeduldig ab.)

* (a-Stellung)

DGFbF +

Pfl.



Das ist schwierig, ja.

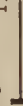
Da kann ich mir immer noch nichts vorstellen.

Doch, ich glaube, Hirsch habe ich gesagt.

Wie so ein Hirsch, das Geweih -

(Orange, oberes Drittel.)

DF- T Orig. -



1) Nein, Hirsche. Das Geweih hier,
da so röhrend den Kopf so steil aufrichten -

D, F, T Orig. +
b



(Unterbricht:)

- ja unten, das habe ich mir noch nicht so -

DFb- Wald



Ja genau.

Ja genau, das Geweih da -

(Deutet auf grobe orange Ausläufer.)

Ja, ich weiß nicht, ob du das so siehst?



Tafel X

- 1) Menschliches Skelett.
- 2) Oben sind Krebse und Spinnen.
(Zeigt auf graue Spitze im oberen Drittel
und auf Blau beidseits.)

(a-Stellung)

DF+ Anat.
DF+ IV

Ja, das Schwarze ist ein Skelett,
und da Krebstiere ...
(Deutet auf Grau oben und Blau beidseits.)

Ja, ja ...

- 1) Das Schwarze sind kleine Käfer ...
(Grau seitlich, mittleres Drittel.)

DF+ I

Ja, ja ...

- 2) Das Gelbe da unten sind
irgendwelche Insekten.
(Gelb Mitte beidseits.)

DF (umb.) I

*

- 3) Ja, ja. Spinne das Gelb.
(Übernimmt die Tafel
und deutet auf Gelb medial, links.)
Oder Krebse.
(Blau seitlich beidseits.)

DF- I

(Schweigt.)

- 4) Und das ist ein Torso,
Fragmente eines menschlichen Skeletts.
(Zeigt auf Grau Mitte oben und Blau Mitte.)

DF+ Anat.
Orig. +

(Schweigt.)

Ja, auf was einigen wir uns jetzt?

Ja, das sind verschiedene Teile, also nicht
das Ganze ... Tiere auf jeden Fall ...
(Zögert.)

Mhh.

... und oben ein Skelett-Teil.
(Lächelt schuchtern.)

Mhh, so ...

* (Legt erleichtert ab.)

Zeitdauer: 22 min

Tonbandprotokoll des 4. Paares (IRV)

Patientin im IRV	Ehemann im IRV
<u>Tafel I (a-Stellung)</u>	<u>Tafel I (a-Stellung)</u>
1) Fledermaus. (Lacht.)	1) Fledermaus. GF+ TV
<u>Tafel II (a-Stellung, 10 sec)</u>	<u>Tafel II (Dreht die Tafel mehrmals herum; 10 sec)</u>
1) Zwei Elefanten. (Lacht vergnügt und deutet auf Schwarz allein.)	(Keine Deutung.) DF+ T
<u>Tafel III (a-Stellung)</u>	<u>Tafel III (Dreht die Tafel mehrmals herum; 30 sec)</u>
1) Zwei Negerinnen, die kochen etwas. 2) In der Mitte ein Topf. (Deutet auf Schwarz Mitte.)	Ohh. (Keine Deutung.) GBFb+ MOrig+ DF+ Obj.
<u>Tafel IV (Dreht auf c-Stellung, 15 sec; lacht.)</u>	<u>Tafel IV (Dreht mehrmals, 50 sec)</u>
Ich weiß nicht ...	Ich muß sagen, ich habe zu diesen Gestalten keine Beziehung. 1) Angst als Symbol. GF(Fb)+ (Hd) Abstr. Orig. +

Tafel V (a-Stellung) (Dreht ständig die Tafel, 15 sec)

GF+ I

1) Fledermaus, von hinten gesehen.
(Lacht lauf auf.)

GF+ IV

Tafel VI (Dreht auf c-, dann wieder auf a-Stellung, 40 sec)

O je

1) Wie ein Blatt.

GF+ Pfl.

Tafel VI (Dreht die Tafel permanent, 60 sec)

Mhh ... phh ... hm ...

1) ... etwas Unscheinbares.

(Tafel in a-Stellung)

GF(Fb)- Abstr.
(Fhd)

Tafel VII (a-Stellung)
(Lacht.)

1) Zwei Frauen, die sich anschauen.
(Deutet auf das obere Drittel beidseits.)

2) Pferdeschwänze.
(Ausläufer beidseits im oberen Drittel.)
Das Bild gefällt mir.

DF+ MV

DF+ Md

DF⁷(unb.) Md.

Tafel VIII (a-Stellung)

1) Wappen

2) Löwen.
(Rot seitlich.)
Das Bild gefällt mir auch.

GFbF-
Wappen Orig.-
DF+ IV

Tafel VIII (a-Stellung, 20 sec)
(Lacht.)

1) Das ist Leben.

GFbF+ Abstr.

Tafel IX (Dreht die Tafel mehrmals, 10 sec)
(Licht und schüttelt den Kopf.)
Oje, da sehe ich nichts.

Tafel IX (a-Stellung, 15 sec)

Phh ...

- 1) Feuer, und da
(Orange, oberes Drittel.)
- 2) Rauch.
(Mittellinie.)

DFb Feuer

DFbF- Rauch
Orig. -

Tafel X (a-Stellung)

Tafel X (Dreht die Tafel ständig, 40 sec;
ist von ihr sehr angetan)

- 1) Skorpione.
(Blau seitlich)
- 2) Spinne.
(Deutet auf Grau seitlich links.)
- 3) Das könnte mein Darm sein.
(Deutet auf große rote Kontur rechts
und lacht neckisch.)

DF- T

DF+ T

DFbF Anat.
Orig. +

- 1) Alles Lebendige.

- 2) Die Welt, symbolisch gesehen.

GBFb+ Abstr.
Orig. +
GBFb- Abstr.
Orig. -

Zeitdauer: 6 min.

Zeitdauer: 9 min.

Frau (Patientin)

Mann

Tafel I (a-Stellung)

*

1) Ich sehe eine Fledermaus.

GF+ TV

*

← ————— Ja, das sehe ich auch. Drehen wir es mal herum.
(Dreht die Tafel einmal ganz herum.)

Oder?

← ————— Ja.

*

2) Okay. Da ist der Kopf
3) und da die Hände.
(Schwarz in Mitte oben
und Zapfen Mitte oben.)
Das ist klar. Cell?

DF+ Td
DdF+
Td

Mhh ... Fledermaus.

← ————— Mhh ...

← ————— Ja, ja, das ist eine Fledermaus. Ja.

* (Legt ab.)

Tafel II (a-Stellung)

*

(Lacht laut auf: "Mh...")

Also so sehe ich nichts.

(Tafel wird in b-Stellung gedreht.)

—————
* (Schweigt.)

*

1) Aber so sehe ich die zwei Elefanten.

(Lacht hell begeistert; Tafel in a-Stellung, Schwarz allein.)

(Lacht laut.)

DF+ T

Ach so ...

1) Das sind Pudel, Hunde.
(Schwarz allein.)

—————
*

Ja zwei kleine Hunde. So
2) Schwarze Terrier.
(Tafel in b-Stellung.)

DF+ T —————→

(Dreht auf d-Stellung.)

—————
* Ja, ich meine eher zwei Hunde. Schau her, da,

2) Ist das Auge und

3) die Ohren, da.
(Deutet auf schwarze Kontur oben links,
zwei kleine Fortsätze.)

DdF- Td

DdF+ Td

—————→

Ja, mhh ...

4) Und da die Füße.

(Schwarze Kontur oben,
zwei große Ausläufer nach unten.)

DF+ Td

5) Und da oben haben sie in der Mitte
etwas zum Spielen.
(Rot seitlich links; d-Stellung.)

D₀F-Obj.

Ja oder zwei kleine Elefanten.
(Tafel in a-Stellung.)

(Lacht verlegen.)

*

Ja ... ha ja, da sind ja auch die Ohren.
(Deutet auf die kleinen Fortsätze
der schwarzen Kontur oben links
in d-Stellung.)

Mhh ...

Mhh ...

Zwei kleine Hunde.

Mhh ...

* (Legt ab.)

Tafel III (a-Stellung)

*

(Lacht amüsiert.)

1) Also zwei Negerinnen.

2) Oder so. Das Vorderteil von
einem Insekt, oder Käfer oder so.
(Dreht die Tafel auf c-Stellung.)

→

→

→ Also Elefanten sind das nicht.

Also wenn, dann sind es Hunde.

→

← 6) Ja, ja, und der Körper da hinten hinaus.
(Schwarze Kontur oben rechts.) DF-Anst.

→ Also zwei Hunde, oder?

→ Beim Spielen, oder?

→ Zwei kleine Hunde.

GFbF(Hd)+
Orig. +

→

GF+ Td Orig. +

*

1) Es könnte ein Krebs sein. Oder?
(Tafel in c-Stellung.)

→ Es kommt darauf an, wie man es anschaut.
So könnten es zwei Frauen sein.
→ (Tafel wird auf a-Stellung gedreht.)

2) In dem Fall Negerinnen,
weil sie schwarz sind.
Aber -

GFbF+ M

Ja ...

Mh ...

* (Unterbricht.)

Nein, wenn du es so anschaut, dann ist das
ein Insekt oder ein Krebs. Aber eher ein In-
sekt wegen der
3) großen Augen.
(Deutet auf Schwarz medial, c-Stellung.)

Also schöner ist das.
(Tafel in c-Stellung.)

Mh.

Also schöner ist das Insekt, oder?
Das Vorderteil.

Na ja ... (trotzig)

Ja, deutlicher als die zwei Negerinnen da.
(Ungehalten)

Na ja ... (mühsam.)

DGF+ T

Ja was meinst du jetzt? Es kommt darauf an,
wie du es hältst.

→

Schöner?

→

Du findest das schöner?

Ist Insekt schöner?

Ja die zwei Frauen sind deutlicher, finde ich.
Also in der Struktur halt.

Deutlicher wie ein Krebs oder so etwas.

4) Na ja, zwei Negerinnen
beim Kochen oder Waschen.

Ja gut. Mhh.

* (Legt ab.)

Tafel IV
(Dreht die Tafel einmal herum; a-Stellung)

*

Mhh ... was könnte denn das sein?

1) Oder ein Riese mit so großen Füßen: -
(Lacht verlegen.)

2) Ein Riese, der mit seinen großen Füßen
so nach vorne geht.

*
Nein, so ist das nichts. Und so auch nicht.
(Dreht die Tafel von b- auf c-Stellung.)

So deutlich sieht man da eigentlich nichts,
oder?

Mhh ... Also da finden wir nichts, oder?

GBFb+ M
Orig. +

Also bei einer Tätigkeit eben.

* Also ich sehe da nichts.

Das ist wie das erste Bild.

1) Entweder eine Fledermaus.
2) oder ... ein Falter.

Wie? (unterbricht)

Mh.
(Dreht die Tafel auf b-Stellung.)

(Schweigt.)

Na ja, das ist halt auch so ein ...
da kann man sich nichts vorstellen darunter.

* Ja das ist auch so ein ... man kann ja auch
sagen, daß es ein

3) Drachen ist, weißt?
(Tafel in c-Stellung.)

4) Hier ist der Kopf, da
(Spitze des Mittelstücks)

5) die Augen, da vorne

6) die Fühler, siehst du es nicht?

GF+ TV
GF- I

GF- T Orig. -

DF+ Td

DdF+ Td

DdF+ Td

(Lacht, macht sich lustig.)

Jaa, schon ... (zweifelt)

*
Ja schon. Aber wenn ich es jetzt so anschau ...
(Tafel in c-Stellung.)

Ja, das schon. Aber das paßt doch nicht dazu.
(Deutet auf die großen seitlichen Ausläufer.)

Der hat ja keinen Schwanz, der Drachen.

Aber so klein ...
(Lacht amüsiert.)

Na ja, der Kopf könnte schon so ein Drachen
sein, aber sonst sehe ich nichts.

* (c-Stellung)
Na sagen wir halt einmal
3) ein halber Drachen.

(Lacht erheitert.)
Na jetzt sag halt etwas.
Ja, jetzt sag was ...

(Deutet auf die Spitzenausläufer
des Mittelstücks.)

Ja, ich meine, man sieht ja nicht nichts,
sondern irgendwie so ein Drachen, so ein ...
siehst du es, was ich meine?

Ja genau so. Das ist ein Kopf, ein Vieh,
— also so ein gräßliches.

7) Ja, das sind die Flügel.
(Große seitliche Ausläufer.)

8) Ja, aber da ...
(Deutet auf die unterste Partie
in c-Stellung.)

Na ja.

Na ja.

GF+ Td Orig.+

Ein gräßlicher Dachen ...

* ... ein unscheinbarer Drachen.
Na ja, ein toter Drachen also ...

Wie kann man das am besten sagen? Phh ...
Jaa ... hm ...

DF+ Td

TdF- Td

Also ich finde, daß es nichts darstellt.

*

Ja gut. Der Kopf könnte ein Drachen sein,
aber das andere ...
(Tafel in c-Stellung.)

*

Mhh.

Also ein ...

*

(Legt ab.)

Tafel V (a-Stellung)

*

1) Das ist auch wieder eine Fledermaus.
Eine Fledermaus von hinten.

2) Das sind die Füße unten ...

(Deutet auf die unteren Fortsätze.)

3) ... und das sind die Ohren.

(Deutet auf die oberen Fortsätze.)

9) Also ein unscheinbarer Drachen.



Ja, ich weiß ...

*

Also sagen wir ein Drachen, oder?
(Flütert.)



... unscheinbarer Drachen. (Setzt fort.)

(Schweigt.)

(Schweigt.)

GF+ TV

DF+ Td

DF+ Td

4) ... und das sind die Flügel.
(Deutet auf die lateralen Konturen
beidseits.)

DF+ Td

← Mhh ...

Findest du eine Fledermaus von hinten?

→

Ach so.

■

← Ja ...

(Dreht Tafel auf c-Stellung.)

← Mh ... mh.

← Fledermaus, ja ... von hinten.

Hm?

* Fledermaus?

... von hinten.

* (Lacht und legt ab.)

Tafel VI

* (Dreht die Tafel auf c-Stellung.)

Hmm ...

1) Das könnte ein Gesicht sein.
(Deutet auf die gesamte Kontur
links von der Mittellinie)

DF+ Md

(Schweigt.)

2) Da die Nase ...

(Zeigt auf den großen seitlichen Ausläufer
der linken Kontur.)

DF+ Md

DdF+ Md

3) ... der Mund ...
(Zweite große Einkerbung
unterhalb des seitlichen Ausläufers.)

DdF+ Md

4) und der Bart ...
(Ausläufer nach unten.)

DdF+ Md

5) und das Auge.
(Lichtung
oberhalb des seitlichen Ausläufers.)

(Schweigt.)

Und das?
(Deutet auf den unteren Sockel mit Fortsatz
in c-Stellung.)

DF+ Md

6) Das ist der Hals und
7) darunter eine Kravatte oder so was.
(Deutet auf die kleinen seitlichen Ausläufer
am unteren Fortsatz.)

D (unb.) F-
Ob]. Orig.-

8) Oder ein Blatt.

GF+ Pfl.

1) Oder ein Schmetterling,
weil es irgendwie so geteilt ist
in zwei Hälften.
(Dreht auf b-Stellung.)

GF- T

*(Dreht auf a-Stellung.)

Hmm ... ein Schmetterling
hat doch keine solchen Flügel.

* (Tafel in c-Stellung.)

9) Ja siehst du das nicht,
da die zwei Gesichter?

Ja das sagt doch nichts.

GF+ Md

Ja freilich sehe ich es.
Und was für Gesichter? (ironisch)

(Verzerrt.)
Ja was denn ... ein Gesicht halt. Da ist die ..

DF+ Md

10) ... Stirn hier und ...
(Ausbuchung im oberen Drittel
der linken Kontur.)
... die Nase, der Mund,
und das könnte der Bart sein.

Ach ja, das ist ja nicht so wichtig ...
(Lächelt verschämt.)

11) ... oder eine Fliege am Hals oder
ein Halstuch.
(Kleine seitliche Ausläufer
am unteren Fortsatz.)

Mhh.

Von der Seite ... (unterbricht.)

Ja siehst du ... das sieht man doch, oder?
(Ist ungehalten.)

* Also ...
(Lacht und legt ab.)

Tafel VII

* (Dreht auf c-Stellung.)

1) Seepferdchen.
(Deutet auf das mittlere und untere
Drittel.)

Was, ein Hase?
(Lacht spöttisch.)

Und das?
(Zeigt auf den unteren Fortsatz
in c-Stellung.)

DF+
Obj. Orig. +

Ach so meinst du. Zwei Gesichter, oder?

Ja ...

Wenn du meinst.

Ja freilich sehe ich das auch. Klar. Ja gut.

Ja, das könnte

1) ein Hase sein, oder so.
(Dreht auf a-Stellung.)

DCF-
T Orig. -

*
Aber wenn man es so ansieht, dann Seepferdchen.
Meine ich auch.
(Tafel in c-Stellung.)

Mh.

Na ja, eher wie ein Hase.

* Ich sehe halt da

2) nur so zwei Frauen.
(Deutet auf das mittlere Drittel
in a-Stellung.)

Zwei Frauen.

Ja ... (zornig)

3) ... mit dem Pferdeschwanz.

Ja das sehe ich ja nicht.
Ich sehe ja bloß das Obere.
(Prononciert.)

* Ja das ist beim Seepferdchen genauso.
Da ist ja auch noch oben etwas.
(Dreht auf c-Stellung.)

Oder? Zwei Seepferdchen. Was meinst du?

Na ja ... (verlegen)

DF+ MV

Was?

Zwei Frauen? (bezweifelnd)

2) ... mit dem Schwanz.
(Deutet auf die oberen Fortsätze
beidseits.)

DF (unb.) Md

DF+ Md

Und das?

(Deutet auf das untere Drittel in a-Stellung.)

Ja, das ist ja ein Unsinn.
Es ist ja alles da.

Ja, aber die sind halt
3) da im Meer drinnen.
(Deutet auf das obere Drittel
in c-Stellung.)

DF(Fb) -
(Fhd -) Meer

Nein, nein, jetzt komm ... (protestierend)

Da müßtest du das auch wegdecken ...
(Deutet auf das obere Drittel)
... und so decke ich das da jetzt weg.
(Dreht in a-Stellung und deutet auf das untere Drittel.)

Ja das untere ...
das da oben sind doch von der Seite gesehen
zwei Frauen oder Mädchen mit Pferdeschwänzen.

Ja, Seepferdchen sehe ich auch eher.

Jaa ...

Phh ... (Atmet auf.)

Tafel VIII

* (Tafel in b-Stellung)

1) Also das sind einmal zwei Katzen oder so.
(Deutet auf beide Seltenkonturen in Rot.)

Mhh.
(Dreht auf c-Stellung.)

Na ja ...

Ja dann deckst du aber alles weg.

*
Ja also ich meine eher zwei Seepferdchen.
(Dreht auf c-Stellung.)

Oder?

Ja, meine ich auch.

* (Legt ab.)

DF+ TV

Ja, zwei Tiere.

Mhh.

GFbF -
Wappen Orig. -

2) Wie ein Wappen, oder?
Wie auf einem Wappen schaut das aus.
(Tafel in a-Stellung)

← Mhh.

DF+
T Orig. +

- 1) Das könnte auch von einem Tier sein,
das die anderen beiden gerade reißen
oder zerfleischen. Findest du nicht?
(Deutet auf die graue Kontur,
oberes Drittel.)
- 2) Hier die Füße vielleicht ...
(Deutet auf die grauen seitlichen Ausläufer)
... und da hinten ... siehst du?

DdF+ Td

Wo ist denn da ein Tier?

Ja da.
(Deutet auf die blaue und graue Kontur.
Tafel in a-Stellung.)

DZw F+
Anat.

← Ja.

3) Ja, aber das schaut doch aus wie
ein Gerlopp da.
(Grüngaues Zentrum mit radialen Strahlen.)

DF- Anat.

- (Deutet auf Grau in a-Stellung.)
... die reißen ein Leben, das in dem ...
Ja ... die greifen ein Leben an,
3) weil das hier ist Leben.
- 4) Und das sind die Raubtiere,
die das Leben angreifen.
(Rote Konturen beidseits.)

DBFb+ Abstr.
Orig. +

DB+ T Orig. +

Mhh ... mhh.

Das Wappen, Wappen kann man zwar sagen,
aber zwei Tiere, die ein Leben bedrohen
oder zerstören wollen oder so, weist du?



Mhh.

Oder?

Ja, könnte man schon sagen.
Das ist wie bei den Rippen,
5) der Brustkorb.
(Blaue Kontur in a-Stellung.)



DF- Anat.

*
Ja, ja. Das ist Leben, und
das wird angegriffen von den zwei Raubtieren.



Mhh. Ja.

5) Ein Eingriff ins Leben, oder?



Mhh. Ja.

(Lacht verlegen.)

Gut. Lassen wir es.
(Painlich berührt.)



Mhh.

* (Legt zufrieden die Tafel ab.)

Tafel IX

* (a-Stellung)

1) Zwei Hirschen, die im Wald stehen.
(Orange Konturen beidseits, oberes Drittel.) T Orig. -

DFB-

Ach geh. Nein ... also ...
(Lacht, macht sich lustig.)



* (Dreht auf d-Stellung.)

1) Schau, da schaut ein Fintenfisch heraus.
(Zwischen Orange und Grün,
oberhalb der Mittellinie.)

Aber doch.

DF+ TdV

GBFb+
Abetr. Orig. +

■

Aber siehst du das nicht, Schatz.
Schau, zwei Hirschen -
(a-Stellung.)

2) - die so am Waldhang stehen.
(Grüne Konturen beidseits.)

3) Das hier ist doch das Geweih.
(Große orange Ausläufer.)

_____Nein, das sehe ich nicht (unterbricht).

DFb-
Ldsch. Orig. -

_____*

(a-Stellung)

_____Nein.

DoF+ Td

* (a-Stellung)

_____Nein, da sehe ich keine Hirschen.

Das ist nach meiner Meinung wie im

2) Meer...
(Grün beidseits)
... und da hinten wie ein Tintenfisch,
siehst du es?
(Deutet auf grün-orange Übergangszonen
beidseits der Mittellinie.)

DFb Meer

*

Zuerst hast du es anders gehalten.

Wo ist denn da ein Tintenfisch?

Nein. (Lacht.)

Das ist dasselbe. Das kannst du halten,
wie du willst. Mit dir sehe ich mehr.

*

Da hinten.

3) Die Augen da, siehst du es?
Siehst du es nicht?

(Deutet auf die punktförmigen Vertiefungen
bei beiden grün-orange Übergangszonen.)

DdF+ Td

Es muß ja nicht ein Tintenfisch sein.

DF- Gespenst

Orig.-

← Ja irgend so -

4) Wie so ein Gespenst.

* (Dreht auf b-Stellung; unterbricht)

5) - aber das ist auch wie ein Kopf.
(Deutet auf die grünorange Übergangszone
oberhalb der Mittellinie.)

DF+ TdV

DDF- T

4) Das ist ein Hirsch.
Da ist ein Hirsch. Siehst du ihn?
Das ist einer.
(Grünorange Übergangszone
oberhalb der Mittellinie.)
Da schau hin, das ist ein originaler Hirsch.
Das ist der Kopf von einem Hirsch.
Siehst du es?

DF+ TdV

... oder von einem Elch. Hundertprozentig.
Da, siehst du es? Das Auge ...
siehst du es nicht?
(Zeigt auf die punktförmige Vertiefung.)

6) Von einem Elch...

Ja, aber da ist mein Hirsch schon schöner.
(Schmolzt und ist unzufrieden.)

(Unterbricht:)
Ja wo ist denn da das Geweih?

(Lacht laut.)

... Ja, zwei Hirsche, da auf dem Waldhang.
(Unterbricht wütend.)

(Schweigt.)

Ja da hast du schon recht. Aber schau doch
mal an. Das ist doch einer -

Das ist verschwommen da oben ... aber da
hast du schon recht. Weist du,

was das ist? Das sind so Hirsche ... so -

* (b-Stellung)

Ja, das ist so ein Hirsch. Ein Elch.
Schau her.
(Zeigt auf die grünorange Zone
oberhalb der Mittellinie.)

DF+ Td

Ich weiß nicht ... (Spricht leise.)

5) Siehst du es? Am Gesicht sieht man es.

Aber sicher. Wenn du genau hinschaust.

→ *

(a-Stellung)

Was? (Unterbricht spöttisch.)

Df- T

6) Also sagen wir, das sind Rehgestalten

... oder so Hirschgestalten oder so was.

Oder?

DGFFb-
T Orig. -

← — Ja so was halt. (Verlegen und kienlaut.)

*
← — Ja so was ist es schon. (Nachdrücklicher.)

* (a-Stellung)

Na ja, also meine zwei Hirsche sind das

da oben -

(Zeigt auf die beiden orange Konturen

im oberen Drittel; ist sichtlich verärgert.)

... und das da sind deine zwei Elche da unten.

(Deutet auf die grünen Konturen

im mittleren Drittel

und belustigt sich darüber.)

— na was ist es jetzt? (Unterbricht gereizt.)

→ *

*
← — Ja also Hirsche oder Elche. Also das sind -

→ — Hirsche (unterbricht).

(Unterbricht:)

Ja, einigen wir uns auf Hirsch -

(Lacht.)

7) Hirschbild. Also so was ...

→ *

Mh.

*
(Legt unzufrieden ab.)

DGF- T Orig.-

Tafel X

* (a-Stellung)

- 1) Das sind Spinnen.
(Blau seitlich.)
- 2) Spinnen und Skorpione
und das -
(Blau seitlich.)
- 3) Das sind auch Spinnen.
(Grau seitlich.)
- 4) Und das sind Würmer.
(Grün medial.)

*

Ja nicht so halten.
(Entreißt ihm die Tafel
und dreht auf a-Stellung.)

- 5) Das sind Raupen auch.
(Grün medial.)

Und das ist ein Skorpion oder eine

- 6) Languste oder so etwas.
(Blau seitlich links.)

- 7) Und das sind so Marsmännchen da oben.
(Grau, medial oben.)

DF+ TV

DF- T

DF+ T

DF+ T

DFFb+ TV

DF+ T

DF+ T Orig. +

Was sind das?

—... nein, wirklich nicht.
(Unterbricht hohnlachend.)

* (Dreht die Tafel auf b-Stellung.)

—Ja sag einmal. Was siehst du eigentlich? (Befremdet.)

(Schweigt.)

* (a-Stellung)

1) Ja, das kann schon richtig ... Das ist
Leben. Viel Leben in dem Bild.

GBFb+
Abstr. Orig. +

—Ja da kannst du schon recht haben, das -
(Dreht die Tafel auf c-Stellung.)

(Schmunzelt.)

Dreh doch nicht immer die Tafel herum,
Reinhard. (Unterbricht unwirsch.)

* (Entreißt die Tafel
und dreht auf a-Stellung.)

8) Und das ist mein Derm, wenn er
gerötzt wird und die Kontrast-
flüssigkeit hineinkommt.
(Lächelt kokett und deutet
auf die große rote Kontur rechts.)

Oder? So schaut er doch aus?

9) Aber das ist ein Hummer oder so etwas.
(Blau seitlich links.)

Ja, und das sind Marsmännchen.
(Grau medial oben.)

10) Da mit der Antenne oben ...
(Grinst und deutet auf die graue Spitze.)

11) ... und da sind die Beckenknochen
von einem Menschen.
(Blau medial, mittleres Drittel
in a-Stellung.)

Ach so. Da sind viele Sachen im Bild drinnen.

DFbF Anat.
Orig. +

(Lacht auch.)

(Schweigt.)

DF+ T

Ja schon. Das ist Leben.
Da ist viel Leben in dem Bild.

→

Na ja, freilich.
(Fühlt sich veräppelt.)

DdF+ Obj.

DF+ Anat.

← Ja, richtig, mhh ...

12) Und das ist ein Fisch und das da.
(Gelb medial beidseite.)

DF- T

Das Gelbe sind Fische.
(Gelb medial.)

Nein, ein Fisch.

Mhh. Aber du mußt ja etwas sehen.
(Vorwurfsvoll.)

* (a-Stellung)

Aber das ist ja dann auch etwas Verbundenes
2) mit dem Körper da, oder?
(Zeigt auf Blau medial und auf die
beiden großen roten Konturen.)

DF- Anat.
(unb.)

DF- T

3) Oder Seepferdchen?
(Gelb medial.)



Na, da ist einfach viel vorhanden auf dem Bild.
Also das ist eben Leben.



Ja weißt du was. Ich sehe da keine Spinne
oder so was, ich sehe einfach viel Leben
drinnen. Ich sehe da keinen Fisch, sondern
ich finde, daß das einfach lebendig ist.



Na ja, viel sehen tut man halt.

Da sehe ich nichts.

Ja eben. Das meine ich halt.
Wenn du es jetzt so hinhältst ...
(Dreht auf b-Stellung.)



Und so?
(Dreht auf c-Stellung.)

Auch nicht. Ich muß das Bild so anschauen.
(Dreht auf a-Stellung.)

Also gut. Und ich finde, daß es lebendig ist,
das Bild. Ich kann jetzt nicht sagen -

(Unterbricht:)

- 1) Das könnte auch italien sein.
Rechts der Stiefel.
(Rot medial, a-Stellung.)

DF+ Karte
Orig.+

*

Ja, schon, das kann es auch sein. Der aber
auch. Weil das derselbe ist. Der ganz der-
selbe.
(Deutet auf Rot medial, links,
in a-Stellung.)



Nein, nein.
Wie ist denn das in der Landkarte
eingezeichnet? (Rügend.)



Na ja, ich sag ja nur,
aber spiegelbildlich gesehen ...
(Kleinlaut.)

Ja also, was sagst du jetzt? Bist du
einverstanden mit meinen Spinnen und Tieren?
(Lacht heiter.)



Siehst du das nicht?

Nein, für mich ist das Leben. Und was du sagst,
ist dasselbe ungefähr. Du siehst es so, und ich
sehe es so. Für mich ist da ganz viel vorhanden.
Das sag ich. Und du siehst halt Tiere oder so
was. (Trotzig.)



Ja, viel lebendiges, kriechendes Zeug
ist da drauf.
(Lacht laut.)



Ja, ja. (Ironisierend.)

Und was ist das? Ein

4) Kamin oder?

(Zeigt auf graue Säule, medial,
in a-Stellung.)

DdF+ Obj.

Das sind die Marmännchen. Die haben drei
14) Füße, und da ist -
(Grau Mitte, oberes Drittel, beidseits,
Ausläufer nach unten.)

* (a-Stellung)

Ja so Gestalten halt.

(Lächelt unsicher.)

Da haben sie den

15) Mund auf ...

(Grau Mitte, Einkerbungen beidseits
der Säulenbasis.)

16) ... und da haben sie ihre Fühler ...

(Grau Mitte, beidseits kleine

Ausläufer nach oben.)

17) ... und hier das Auge.

(Grau Mitte, beidseits Lichtungen
innerhalb der grauen Kontur.)

DdF+ Td

DdF+ Td

DdF+ Td

DdF+ Td

Ja, das ist Leben. Das sage ich auch.

Da bin ich deiner Meinung. Oder?

* (Lacht unsicher und legt ab.)

Zeitdauer: 33 min.

Ja, also lassen wir es halt ...

(Verlegenes Lächeln.)

Patientin im IRV

Ehemann im IRV

Tafel I (Tafel in a-Stellung; 5 sec)

- 1) Schaut für mich aus wie ein Schmetterling,
ein bißchen komisch.
(Lacht unsicher.)

GF+ Obj.

Tafel I (Dreht die Tafel auf c-,
dann auf a-Stellung; 20 sec)

- 1) Ein fliegendes Objekt.

Tafel II (c-Stellung; 20 sec)

- 1) Ein Brustkorb.
(Schwarz allein.)
2) Oder so ein Röntgenbild.

Da kann ich mir nichts vorstellen.

Tafel II (Dreht die Tafel mehrmals
ganz herum; 35 sec)

Tafel III (a-Stellung; 10 sec)

- 1) Wie zwei Figuren ...
komisch schaut das aus.
(Lacht verlegen.)

Tafel III (Dreht auf b-, c- und dann
auf d-Stellung)

Da setzt es bei mir schwer aus.
So ein Künstler bin ich nicht.
Mit der abstrakten Kunst hatte ich es noch nie.
(Peinlich berührt, lacht verlegen.)

Tafel IV (Dreht die Tafel einmal
ganz herum; 30 sec)

- 1) Vielleicht wie ein Vieh.
Keine Ahnung sonst.
(Lächelt unsicher.)

Tafel IV (Dreht auf c-, b- und
d-Stellung; 30 sec)

Das ist im Prinzip alles der gleiche Aufbau.
Alles leicht verändert. Alles von einem
Standpunkt aus, alles vom ersten aus.
1) Flugobjekt.

GF+ Obj.

GF- TV
(unb.)

Tafel V (a-Stellung; 5 sec)

- 1) Wie ein Schmetterling wieder.
Schauf genauso aus.

GF+ TV

GF+ TV

Tafel VI (c-Stellung; 20 sec; dann
a-Stellung)

- 1) Der Kopf da vorne schaut aus
wie eine Schlange ...
das andere ... hm ... keine Ahnung.
(Deutet auf oberen Fortsatz, Mitte allein,
lächelt verschämt.)

DF+ Td

Gar nichts.

Tafel VII (Dreht auf c-, dann
auf a-Stellung; 25 sec)

- Das schaut wie
1) zwei Frauenköpfe ... aus. Gips oder so.
Wie sagt man denn das?
(Schauf hilfeuchend zum Versuchsleiter.)

DF+ MIV

- 1) Ganz romantische Wolken.

GF(Fb)+
(Fhd) Wolken
GF(Fb)+ (Hd)
Wolken

- 2) Dunkle Gewitterwolken.

Tafel VIII (a-Stellung)

- Schauf aus wie
1) zwei Tiere ... nur was für welche
könnten das sein?
(Zeigt auf Rot seitlich und
wendet sich fragend an den Versuchsleiter.)

Nichts.
(Legt unwirsch ab.)

Tafel VIII (a-Stellung; 10 sec)

Tafel IX (Dreht auf c-, dann
auf a-Stellung; 15 sec)

- Phh ... mit dem kann ich nichts anfangen.
(Lacht verlegen.)

Tafel IX (Dreht auf b-, c- und
d-Stellung; 20 sec)

- Ich glaube, da muß man gleich abstrakte Kunst
studiert haben, dann kann man das verstehen.
Ich nicht.
(Lacht peinlich berührt.)

Tafel X (Dreht auf c-, dann
auf b-Stellung; 25 sec)

Das ... hnn ... kann ich auch nichts
damit erfangen.
(Verschämtes Lächeln.)

Zeitdauer: 9 min.

Tafel X (a-Stellung; 5 sec)

Ich habe es lieber normal.
Was man da sieht ... hnn ... ?

1) Farblich alles verschieden, gemischt.

Zeitdauer: 4 min.

GfB- Farbe

Tonbandprotokoll des 5. Paares (GRV Mann/Frau)

Frau (Patientin)

Mann

Tafel I

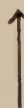
■ (a-Stellung)

Schaut aus wie ein
1) Schmetterling.

GF+ TV ← 1) Ja, Flugobjekt ist das gleiche.
(Lacht verlegen.)

GF+ Obj.

Ja ... (zögert)



■ (Legt die Tafel schnell ab.)

Tafel II

* (a-Stellung)

- 1) Wie so ein Röntgenbild,
- 2) da vorne der Brustkorb oder so ...
(Schwarz Spitze, Mitte oben
in a-Stellung.)

GF(Fb)-
(Fhd) Anat.
DdF- Anat.

← Das ist eine Möglichkeit.
Das kann man auch so lassen.

(Schweigt.)

* (Legt ab.)

Tafel III

1) Zwei kleine Männer.

(Schweigt.)

GF+ MV

← Zwei Männlein. Oder?
Zwei Männlein, aber schlecht gemalt.

* (a-Stellung)

* (Legt die Tafel sofort ab.)

Tafel IV

1) Wie ein Vieh?

GF- (unb.) TV

— 1) Fledermaus.
(Lacht verlegen.)

GF+ TV

Ja ... (zögert)

2) Oder Schmetterling?

Lieber Schmetterling.
Ein Vieh halt oder ein Tier.

GF- T

— Dann nehmen wir Fledermaus.

2) Ziemlich schwarz ist das alles.

GF(Fb)(Hd)
Farbe

* (Legt abrupt ab.)

Tafel V

1) Ja ... ein Schmetterling auch.

GF+ TV

— 1) Bei mir ist das eine fliegende Fledermaus.
* (Lacht unsicher und legt schnell ab.)

GB+ TV

Tafel VI

- 1) Da schaut das ... der Kopf schon heraus
wie eine Schlange vielleicht? Das andere -
- weiß man nicht.
(Oberer Fortsatz, Mitte allein.)

DF+ Td

* (a-Stellung)

(Unterbricht:) ... das sagt noch gar nichts.

GF(Fb)-
(Hd) Farbe

- 1) Farblich nichts Genaues.

* (Legt sofort ab.)

Tafel VII

(Schweigt.)

* (a-Stellung)

- 1) Das waren meine Gewitterwolken.
Nochmals.

GF(Fb)+
(Fhd) Wolken

* (Lacht verlegen und legt sofort ab.)

Tafel VIII

Das sind ja auch zwei ...
(Bricht ab und deutet auf Rot beidseits
in a-Stellung.)
(Nickt schweigend.)

* (a-Stellung)

(Lächelt)
Jetzt kommen die farbigen ...

- 1) Das sind zwei Tiere links und rechts.

Aber was das andere bedeuten ...
ist schwer.

DF- TV
(unb.)

* (Legt unvermittelt ab.)

Tafel IX

Ich auch nicht.

* (c-Stellung)
Hm ... da kann ich mir nichts vorstellen.



* (Legt abrupt weg.)

Tafel X

Kann ich auch nichts - (leise)

* (Dreht die Tafel auf c-, dann
auf b-Stellung.)

Farben, viele Farben sind das.



(Unterbricht polternd:)
- aber was vorstellen?



Das ist für mich auch nichts ...
(Schüttelt den Kopf und bricht ab.)

1) Ein farbiges Durcheinander.
Alles gemischt.

* (Legt die Tafel schnell ab.)

Zeitdauer: 4 min.

Patientin im IRV	Partner im IRV
<u>Tafel I</u> (a-Stellung, 10 sec)	<u>Tafel I</u> (a-Stellung bei 1), c-Stellung bei 2))
1) Ein Schmetterling	1) Eine Fledermaus mit aufgespreizten Flügeln. 2) So gesehen, hat es entfernte Ähnlichkeit mit einem Flugzeug oder Raumschiff, das landet.
<u>Tafel II</u> (a-Stellung, 30 sec; "Jesus...")	<u>Tafel II</u> (a-Stellung bei 1), c-Stellung bei 2))
Kann ich nichts sagen momentan.	1) Zwei Faschingsgestalten, die tanzen und sich an den Händen halten. 2) Flugobjekt oder fliegende Untertasse.
<u>Tafel III</u> (a-Stellung)	<u>Tafel III</u> (a-Stellung bei 1), c-Stellung bei 2))
1) Zwei Menschen, die an einem Topf irgendeine Tätigkeit ausüben.	1) Zwei weibliche Gestalten, die sich an einem Kessel gegenüberstehen. 2) Zwei Gestalten, die beide ihre Arme über den Kopf halten.
<u>Tafel IV</u> (a-Stellung, 30 sec; hält danach die Tafel weiter von sich weg; 10 sec; dreht auf c- u. b-Stellung)	<u>Tafel IV</u> (a-Stellung bei 1), c-Stellung bei 2))
1) Monstrum, Riese 2) Etwas Ungeheuerliches, das sich vorwärts bewegt.	1) Ein Riese, der auf einem Baumstumpf hockt. 2) Zwei Dromedarköpfe, die janusköpfig angeordnet sind. (Ganz oben, Mitte) Sonst sehe ich nichts.
<u>Tafel V</u> (a-Stellung)	<u>Tafel V</u> (a-Stellung)
1) Vogel oder Fledermaus.	1) Eine Fledermaus oder ein Insekt mit leicht angelegten Flügeln.

GF + TV

GB + Obj.

GB + MV
G_b F - Obj.

GF + MV

GB + MOrig.

GB + MOrig.

DdF - Td

GF + TV

Tafel VI (Permanentter Stellungswechsel der

Tafel: b-, c-, a-, b-, c- und a-Stellung; 20 sec)

1) Ein Tier, undefinierbar.

2) Kopf einer Schlange mit zertretenem Körper daran.

Deutet auf die obere Spitze in a-Stellung)

Tafel VII (a-Stellung; 5 sec)

1) Zwei Lebewesen, die sich anschauen, Mensch oder Tier, da will ich mich nicht festlegen.

Tafel VIII (Dreht die Tafel:

a-, b-, a-, c-, d-Stellung; 20 sec; runzelt die Stirn, a-Stellung)

1) Rechts und links in Rosa, zwei Tiere, Tiger oder Panther, jedenfalls etwas Katzenartiges, die an etwas ziehen. (Rot, seitlich)

2) Das könnte eine Beute sein, wo sie daran ziehen. (Grau, oberes Drittel)

Tafel VI (a-Stellung bei 1),

c-Stellung bei 2)

1) Wie das gespiegelte Gesicht einer Märchengestalt oder Hexe, die die Arme hebt.

2) Zwei Köpfe von Märchengestalten wie z.B. Trolle. Das Ganze hat so was Märchenhaftes, Ziegenhaftes.

Tafel VII (a-Stellung bei 1) und 2), c-Stellung bei 3)

- 1) Grundriß eines Atolla,
- aus der Vogelperspektive gesehen.
- 2) Zwei Spaniarinnen, die sich küssen. (Oberes Drittel)
- 3) Zwei Elefantenköpfe. (Mittl. Drittel)

Tafel VIII (a-Stellung bei 1); 10 sec., c-Stellung bei 2) und 3)

1) Ein Wappen, wo außen Wisente oder Löwen um den Kern herumspringen. (Rote Seiten)

2) Sieht aus wie die Nahaufnahme eines Insektenkopfes mit ausgebreiteten Scheren und Facettenaugen. (Rosa - Orange im oberen Drittel. Rote Seiten als Scheren)

3) Der obere Teil könnte auch wie Büffelköpfe oder eines Einhorn sein.

GF₇(unb.) T

DCF - T Orig.-

G_bF - Lebew.

DB + T

DF + T

GB + Md

GF + Md

CF + Ldsch.
Orig. +

DB + M
DF + TdV

GFb₇ - Wappen
Orig. -

GFb₇ + Td
Orig. +

DF + Td

Tafel IX

(Permanenter Stellungswechsel:
a-, c-, a-, b-, c-, d-Stellung;
hält die Tafel etwas weiter weg
von sich; 30 sec; schließlich
a-Stellung)

Das könnte sehr viel sein. Das könnten nur

- 1) wilde Farbkleckse sein in Rosa, Grün
und Orange ...
- 2) oder irgendwelche Kriechtiere, die
sich bekämpfen oder die sich lieben
oder Freundschaft schließen.
(Orange, ob-Drittel beidseits)

Tafel X

(a-Stellung; 20 sec)

- 1) Sehr viele Farbkleckse, die aber doch alle
irgendwo miteinander verbunden sind
(Lange Pause, ca. 50 sec; dreht während-
dessen auf b-, c-, a-, d- und a-Stellung)
... also Farbkleckse, die bunt auf dem Bild
zerstreut sind, und in der Mitte
- 2) ist in Schwarz-Weiß eine Stange oder
ein Pfahl ...
- 3) Diese Farbkleckse haben alle die Tendenz,
zudiesem Pfahl hochzugehen.

Zeitdauer: 10 1/2 min.

Tafel IX

(a-Stellung, 10 sec;
„Mh ... , ... also da fällt mir
spontan nichts dazu ein.“
Bei 1) c-Stellung)

Wenn man das umdreht, da könnte der
mittlere Teil irgendein Tier,
1) wie ein Bärenkopf (von vorne) mit
leicht geöffnetem Maul sein, so daß
man die Zähne sieht.
(Grün insgesamt, mittl.Drittel)
Ansonsten sehe ich nichts.

Tafel X

(a-Stellung bei 1), 2) und 3);
c-Stellung bei 4)

- 1) Stilisierte Ansicht vom Eiffelturm
(Grau, Spitze) mit den Marsfeldern
davor. Marsfelder hier. (Zu Grau
führende große rote Konturen bds.)
- 2) Die beiden blauen Punkte rechts und links,
das könnten Krabben sein.
- 3) Die hellen Punkte da drunten könnten
brennende Strichhölzer sein.
(Gelb seitlich und gelb-schwarz bds.)
- 4) Die Gesamtansicht könnte mit den blauen
Innereien ein skelettierter Kopf eines
Vogels sein.
(Deutet auf Grau und Rot in c-Stellung.)

Zeitdauer: 11 min.

DCF - Obj.
Orig. -

DF + TV

DdFb - Obj.
Orig. -
GFFb - Td
Orig. -

Frau (Patientin)

Mann

Tafel I

a-Stellung

Weißt du auf Anhieb was?

Ich weiß auf Anhieb was, na klar.

Ja?

Mh.

Und was meinst du?

Ich sehe da immer

- 1) So zauberhafte Figuren da drin gespiegelt.
(Zeigt auf den rechten Flügel, oberer Ausläufer und großer seitlicher Ausläufer.)
- 2) Das könnte der Kopf von einer Kasperle-
puppe sein oder
- 3) ein Vogelgesicht mit großem Schnabel sein.
(Deutet auf großen seitlichen Ausläufer re.)

DF-H
(umb.)

DdF +
Obj.

DF + Td
Orig. +

- 322 -

Was, was, wo?

- Da. Die Augen, der Schnabel, das könnte
4) ein Zahn sein.

DdF - Td

- (Flügel rechts: Verbindung zwischen großem
seitlichem Ausläufer und mittl. Flügelkontur.)

DF - Td

- 5) Da kommt so ein dicker Bauch heraus.
(Flügel rechts, mittlere Buckel.)

Aha ... (distanziert)

(Schweigt)

Na ja, mit deiner Phantasie ...
(Schmunzelt)

Ja doch ... (leise)



DF + T

- 1) Zwei, zwei Vögel sind das ...
(Flügel rechts und links.)

6) ... ja also gespiegelt, so ein Januskopf halt.
(Unterbricht.)

GF + T
Orig. +

Mhh, und was

- 2) haltat du von einem Schmetterling?

GF + TV

Von einem Schmetterling? Du so was Ähnliches
habe ich beim ersten Mal gesagt, glaube ich.
Das ist auch wahrscheinlich, wenn du es
im ganzen siehst.

- * (Übernimmt die Tafel.)

- 3) Ja, denn das könnten
die Flügel sein und
(seitliche Konturen)

DF + Td

Ja.

- 4) das ist der Körper.

(Ganze Mitte)

- 5) Und das ist der Fühler.

(Zapfen Mitte oben.)

DF + Td

IdF + Td

Ja, genau. Mh.

Und auf was einigen wir uns?
(Lächelt gewinnend.)

Wir können uns auf den Schmetterling einigen,
wie gesagt, so was sehe ich mit Leichtigkeit.

Also gut, wir können uns auch auf beides
einigen, weil mit viel Phantasie sieht man
das andere auch.

Ist ja möglich.

Also für was?

Entscheiden wir uns ruhig für den Schmetterling.

Also Schmetterling.

* (Legt zufrieden ab.)

Tafel II

* (a-Stellung)

Also hier sehe ich nur irgend-
1) welche undefinierbare Farbtöne,
die ich nicht in Einklang bringen kann.
(Rot oben und unten.)

DFbF -
Farbe

Nein, ich habe es ja versucht.

Kannst du die nicht deuten?

Wenn du an Karneval denkst, so Venezianischer
Karneval mit den

1) Gesichtsmasken und so ...

(Weiß zwischen Rot oben und schwarzer Spitze.) Obj. Orig. -

Mh ...

→

2) und dann so zwei Pierrots mit roten Hüften,
die sich gegenüberstehen und die Hände halten.

Mh ...

→

(Deutet auf Schwarz beidseits und
auf Rot oben beidseits.)

Mh.

→

* (Übernimmt die Tafel.)

Was hältst du davon?

Das ist gut, ja (mit halbherzigem Unterton).

→

Kannst du das erkennen?

Mh. Ja, sehr gut sogar. Ja, das ist gebengt.

→

* (Legt ab.)

Tafel III

* (a-Stellung)

- 1) Das sind für mich zwei Lebewesen,
die irgend etwas tun.
Zwei Menschen, die irgend etwas
arbeiten.

* (Legt ab.)

(Schmunzelt)

GB + MV

← Mh. Ist korrekt.

← Mh.

Tafel IV

* (a-Stellung)

- 1) Und das ist für mich ein Riese,
etwas Greuliches, mit großen
2) Füßen und so ...
(Deutet auf die Stiefel beidseits.)
3) komischen Armen ...
(Große seitliche Ausläufer)
4) Halt wie so eine Science-fiction-
Figur, vor der ich immer solche
Angst hatte. So dunkel ...

GF + M

DF + Md

DF - Md ← Mh.

← Genau, mh.

GF(Fb) -
(Fhd)

M Orig. -

← Mit dem komischen Namen, ja, genau.

→

← Ja, entspricht genau meiner Deutung.

Wirklich?

← Habe ich vorher auch gesagt.

Gut.

→

Kannst die Dinger auch umdrehen,
ist dir das schon mal aufgefallen?

Ja, habe ich auch getan, nur das habe ich
nicht herumdreht, bei dem nicht.

* (Dreht auf c-Stellung.)

Nein?

Nein, da nicht.

* (Dreht auf b-, d- und wieder auf c-Stellung)

5) Ach irgend so ein Ungeheuer.

6) Ungeheuer mit dem Kopf unten.

Mh.

Ja.

Was, ein was? (bezweifelnd)

Mh.

Mh, mh.

Mh.

Könnte ja

(Unterbricht)

Ja, aber der Riese gefällt mir besser.

Kannst du da was sehen?

Aha.

Mit dem Kopf unten?

GB - M

1) So was Springendes. So auf dich zuspringend.

*
Ich habe hier - das ist für mich ganz eindeutig - ein

DCF - T
Orig. -

2) Dromedar oder Kamel gesehen.
(Ganz oben, Mitte, in c-Stellung.)

Oben. Der Kopf. Hals

DF - Td

3) und Kopf eines Kamels oder Dromedars
oder Lamas meinetwegen.
(Ganze oberste Partie.)

DdF - Td

4) Mit den spitzen Lippen vorne.
Ein bißchen überstiliziert wie eine Karikatur.
(Zeigt auf die zwei kleinen spitzen Erhebungen medial oben in c-Stellung.)

Ja?

(Unterbricht.)

Könnte ...

Ja der Riese so rum ist eindeutig.

So rum ist eindeutig.

(Dreht auf a-Stellung.)

* Gut ja? ← Okay

* (Legt ab.)

Tafel V

* (a-Stellung)

1) Fledermaus.

GF + TV ← Okay. Eindeutig.
(lacht auf.)

* (Schmunkelt und legt zufrieden ab.)

Tafel VI

* (a-Stellung)

0 Ja, das war was Komisches.

Das war für mich wie ...

1) Ein Tier oder oder ... Ich habe oben so

Aha, und was?

GF_(unb) T

2) was Schlangehaftes der Kopf ...
(Obere Spitze)

DF + Td

... auf das man getreten ist oder
verletzt worden ist, wo die
ganze Brüche raveläuft.

DB-Anat.
Orig.-

← Ph.

3) Amüsiert sich, deutet auf die
Seitenausläufer des oberen Fortsatzes.)

← Ph. Oh.

(lacht auch)

Ich habe es mir von allen Seiten betrachtet,
aber ich habe nichts anderes gefunden.

* (Übernimmt die Tafel und dreht auf c-Stellung.)

So rum nicht?

(Schüttelt den Kopf)

So rum kann es auch

1) So wieder eine schöne Fratze ...

Ja ...

... gespiegelt sein ...

GF + Hd

... gespiegelt, ja genau.
(Unterbricht.)

Ja.

Ja.

Ja.

Ja.

Ja ... ja ...
(Unterbricht.)

* (Übernimmt die Tafel in a-Stellung.)

Ja oder so weit eine

4) Kobra, so irgendwas so ... oder so ...
... wie heißen die Dinger, die dieses
Dings da haben ...
(Zeigt auf oberen Fortsatz, Seiten
allein.)

DGF: T
Orig.-

Die Schlange, die die ...

Ja nicht?

Weil das da irgendwie so ...

2) Wegen der Nase hier ...
(Deutet auf linken großen Seitenausläufer.)

DF + Hd

3) ... da sind ziemlich genau die Augen
abgezeichnet.
(Deutet auf die Lichtungen beidseits
der großen Seitenausläufer.)

DdF + Hd

4) Hier Spitzbart ...
(Kleiner seitlicher Ausläufer,
nach unten gerichtet.)

DF - Hd

5) und da Oberlippe.
(Ausbuchtungen unterhalb der
großen seitlichen Ausläufer.)

DdF + Hd

So das finde ich ganz ...

... und anders herum, jetzt muß ich mal gucken
mit deiner Schlange da, mit deinem Vieh, auf
das man draufgetreten hat.
(Dreht auf a-Stellung.)

G_b F + T

6) Schildkröte von oben, die halt den Kopf so weit
vorstreckt, nicht?

Hm?

7) ... die einen Schild hinten hat, das ist
schon Kobra.

DF - Td

Mh.

(Oberer Fortsatz, Seiten allein.)

(Schweigt.)

Warum nicht?

Ja?

* (Legt ab.)

Tafel VII

* (a-Stellung)

Oh ... das waren für mich entweder

- 1) zwei Menschen ...
- 2) oder Zwei Haschen,
die sich irgendwie angucken.

(Unterbricht und fährt fort:)

- ... das mit den Ohren und mit dem
- 3) Schwänzchen
(Verbindungsstück zwischen
oberem und mittlerem Drittel.)

Mh.

... mit dem Ding, ja, ja ...

- Mh., ja genau. Also
- 4) zumindest was Lebendiges.

← Mh...

— Na das mit dem Nackenschild
— gefällt mir nicht.

← Dann schon eher das, wo du so draufgetreten bist.
— Das kann schon sein. Ja.

← Mh.

Mh.
(Nickt wissend.)

DGB + M
DGB + I

← Ja, für mich waren es auch zwei Menschen.
Zwei Haschen können es auch gut a n, ja,
das ist richtig, das da mit
1) den Ohren ...
(Deutet auf die Spitzenausläufer,
beidseits im oberen Drittel.)

DdF + Td

DdF - Td

← — ja ja. genau. Für mich waren es so wie

→ 2) Zwei Negerinnen, die sich angucken. Oder
3) so zwei Spanierinnen ... mit dem Ding ...
... da hinten, die so den Mund spitzen
zum Küssen.
(Zeigt auf das obere Drittel.)

DB + M
DB + M Orig. +

→ GF- Lebewesen
(unb) ← ja, ja.

Nein, so rum habe ich nichts gesehen.

Ja, ja genau.

■ Ja genau. Richtig.

Und das? Das ist auch wieder wie eine

5) Art Schmetterling oder irgendwas.
(Oberes Drittel, c-Stellung.)

Da reden wir lieber nicht davon.
(Verlegenes Lächeln.)

Elefanten ...

... gestehe ich noch ein ... (Leise)

* (Legt ab.)

* So rum noch was?

(Dreht auf c-Stellung.)

Das könnten ja so

4) Elefantenköpfe sein.

Das und das mit

5) Rüssel, also der Vorderteil, weißt du,
von einem Elefanten,
(Zeigt auf das mittlere Drittel
und die Seitenausläufer.)

6) Hier die Augen.

(Lichtungen innerhalb der
schwarzen Konturen, mittleres
Drittel beidseits.)

Nein, wenn du das getrennt beobachtest,
kannst du

7) Beckenknochen sagen.

(Oberes Drittel in c-Stellung)

Also auf die Elefanten, ja?
(Aufmunternder Unterton.)

Gut.

(Lacht, ist unsicher.)

DdF + TdV

DdF + Td

DdF (Pb)
+ (Pbd)Td

DF - Anat.

DF + T

Tafel VIII.

* (a-Stellung)

Oh ja.

Also rechts und links, das sind für mich

1) zwei Panther oder Tiger ...

... die irgendeine Beute zerrissen.

(Rote Seiten und Grau in Mitte, oberes Drittel.)

(Nickt.)

Ja, ja genau.

Und dann irgendwie das Untere ... ah ja,

das Untere, wenn die daran reisen, das ist

2) Blau was ... oder irgendwie.

(Rot und Orange, unteres Drittel.)

Ja, guck mal, die Beute haben sie offensichtlich schon und reißen daran. Es kann ja sein, daß irgendwie schon Blut raus-schießt ...

... oder daß sie auf einem

3) Felsen stehen.

(Blau, mittleres Drittel.)

Mh.

Mh.
(Wissendes Nicken.)

DB + T Orig. +
← ... ja genau, mh, mh.

←
Mh, richtig, ja gut.
(Lehrmeisterlicher Ton.)

Panther und Tiger hatte ich auch soweit;
mit der Beute ... das sehe ich jetzt. Angesichts irgendsolcher Tiere, die sie so am
1) hinterfuß gefaßt haben, gerade noch, ja.
(Graue seitliche Ausläufer.)

DF + Td

←
←
Richtig.

DFb Blut Orig.-

Ja? Meinst du?

←
Mhh ...

←
Ungern.

DFbf - Obj.

←
Ja, das schon eher. Da stören mich die Farben gar nicht.

(Deutet auf Blau, mittleres Drittel, und Orange, unteres Drittel.)

←

Von Blut bist du nicht überzeugt?

4) Obwohl, guck mal, da hier ist auch schon
Rosa.
(Zeigt auf rosa Lichtungen
in Blau lateral,
beidseits im mittleren Drittel.)

Das ist noch zuviel.
Da haben sie zuwenig gerissen.

Aber das schon?
(Rosa Lichtungen in Blau.)

Ja?

Gut.

* (Legt ab.)

-----Nein, bin ich nicht überzeugt.

DdFb Blut
Orig. +

Ja, da oben. Okay. Das kann sein.
Aber da unten ... da sehe ich
keine Verbindung.

Ja ja, genau.

Da schon. Okay. Ja.

Einverstanden.

Tafel IX

* (a-Stellung)

Ja also das da sind

- 1) für mich irgendwelche zwei Kriechtiere.
(Orange beidseits, oberes Drittel.)

- 2) diese Scheren und Fühler -
(Große orange Ausläufer.)

- 3) Das ist der Kopf.
(Orange Konturen unterhalb der
großen Ausläufer, beidseits im
oberen Drittel.)

Ja, Also so Seitenansicht, daß die die Füße
anlegen -

Ja, ja.

- 4) Ja. Die miteinander spielen
oder Streit haben.

DP_(unb.) T

← ————— Mh. Inwiefern?

—————

DF+ Td

(Unterbricht.)
- ja in welche Richtung siehst du die?
Wie sollen die stehen?
Wo sind Füße, oder wo soll Kopf sein?

DDF + Td

Das ist der Kopf. Und du siehst sie
von der Seite oder was?

—————

(Unterbricht.)

- ja das hier quasi so die Meine rausgehen
müßten.
(Deutet auf die orange Spitzen.)

—————

—————

Ja, das kann ... so

1) Hirschkäfer oder so was, ja.

DB + T Orig. +

—————

Aha. (Zustimmend.)

—————

DF - T Orig. -

Entfernt könnten es auch
2) röhrende Hirsche sein.
(Lacht amüsiert.)

DF + T Orig. +

Wie sie so auf den alten Bildern immer steh'n,
mit Kopf im Nacken und mit dem Rücken zuein-
ander.

DoF + Td

5) Ja ja, also Geweih.
(Große orange Ausläufer.)

6) Und das waren für mich einfach nur
Farbkleckse und keine -
(Deutet auf Grün beidseits,
mittleres Drittel.)

3) Aber Insekten geht auch.

DFbF- Farbe

* (Unterbricht.)
- das Grüne in der Mitte könnten auch
4) Gesichter sein, von einem Schaf
oder so was, oder nicht?

DF - Td

(Dreht die Tafel in c-Stellung.)
Also auch wieder die voneinander
weggucken.

(Schweigt.)

Mh.

5) Oder meinetwegen Bulldoggen.

DF + T

Ja, so Tierköpfe oder so.

Ja auch irgendwelche Tiere.

Mh.

* (Übernimmt die Tafel
und dreht auf b-Stellung.)
Aber guck mal. Von der Seite wie so eine
... auch wie eine Tierform. So korpulent.

DF - T Orig. -

Ja, auch irgendwelche
6) Fabelwesen mit platter Schnauze, die
so aussehen, als ob sie grinsen.
(Grüne Kontur oberhalb der Mittellinie,
in b-Stellung.)

Ja, ist richtig.

Ja, ja.

Okay?

* (Übernimmt die Tafel und dreht auf d-Stellung.)

← —————

DP - T

7) Wie Frösche. Wie so Frösche.
(Lauter Ausruf.)

← —————
Wie Frösche? Ja Moment, ich habe
7) Bären gesehen, Bärenköpfe.

DP + Td

*

Ja guck mal, wie ein Frosch darauf.
(Deutet auf grüne Kontur
oberhalb der Mittellinie.)

So beim ... bei dem ... Äh ...
na wie heißt denn -

Ja genau ...

Versuche ich gerade. Versuche ich gerade.

(Unterbricht leuthals.)

← —————
Ach so. Ja ja, wenn du das als Auge siehst ...
→ ————— (Zeigt auf den Spitzenbuckel der grünen Kontur
oberhalb der Mittellinie in d-Stellung.)

8) ... so die hochstehenden Augen,
dann ist es richtig.

DdP - Td

Ja, Ja.

← —————

← ————— Mh.

Ja?

← ————— Paßt auch farblich.
(Schmunzelt.)

Ja.

← —————

← ————— Ist gut.

Ja?

← ————— Ja, okay.

* (Legt zufrieden ab.)

Tafel X

* (a-Stellung)

Oh, das war toll. Also das waren für mich ... Farbklecke.
 1) auf einem Bild verteilt, die aber alle nach einem strömen. Und zwar hierher:
 2) irgendein Symbol mit zwei Tieren dran
 (Grau Mitte)
 und alles zielt nach oben.

DBFb + Bild



DF - I



Mh, ja.

* (a-Stellung)

Geht nach oben, das ist richtig.
 Mein erster Gedanke, wie ich das Ding gesehen habe, war:
 1) Das ist der Eiffelturm,
 (Grau Mitte, Säule allein)
 und hier vorne,
 2) das sind die Marsfelder,
 so von vorne gesehen,
 wenn du dich nicht an den Farben störst.
 (Rot beidseits und Grau Mitte.)



(Lacht.)

* (a-Stellung)

Aber die Farben stören mich.

Ja, was „Turmdäses“ kann man dem schon abgewinnen.

Mh.

Mh.

Ja also mit sehr viel Phantasie schon.

Also Eiffelturm ja ...

... von der Form her.

Ja, ja.



Die stören mich überhaupt nicht.
 Es ist nur die Form.



Weist du, die perspektivische Einsicht.
 Genauso, wie du von „hinaufströmen“ gesprochen hast, das ist die Intention dahinter.



Mit sehr viel Phantasie ... (spöttelnd)

Eiffelturm ja ... (wiedertönd)

Das paßt auch farblich, nicht?



DdF - Obj. Orig.-

DF - Ldwh. Orig.-

DE + TV

DdF - T

* (a-Stellung)

Das Rechte da, die blauen Kleckse
mit den grünen Dingen drauf
3) wie Krabben.
(Blau seitlich.)

Und -

Mh, ja, wie Krabben.

2 (Unterbricht.)

Ja und was ich noch finde, guck mal,
3) jede Farbe ist irgendwo
miteinander verbunden.

Alle, die den Zufluß nach oben haben,
sind miteinander verbunden.
(s-Stellung)

DFBP - Farbe

Ah ja, das ist richtig, mh.

Mh. Das ist richtig.

Hier habe ich noch gesagt: das sieht aus
4) wie zwei brennende Streichholzköpfe.
(Gelb-schwarz beidseits.)

३३

Und das hier wie so ...

Engerlinge, das Rote in der Mitte.

Ja, oder wie heißen denn die größeren Wälder?

Nicht?

Ja. ia.

Engerlinge?

Is is genau. Wenn sie ausgerollt sind.

Ja genau.

5) **Angebotsköder.**

Richtig.

So rum was?
(Dreht die Tafel auf c-Stellung.)

(Schweigt.)

GFFb - Md Orig.-

Ich meine, stilisiert ist es ja irgendwo
6) ein Gesicht
Ich meine, wenn du
7) das als zwei Augen nimmst ...
(Rot im Gelb, Mitte beidseits)
8) und hier der Mund ...
(Rot Mitte)

DdF - Md

DdF - Md

Mh.

Ja, ja.

9) und das die Nasenflügel ...
(Blau Mitte)
Das kannst du meinetwegen als
10) Barf deuten.
(Grau Mitte und Säule im unteren Drittel
in c-Stellung.)

DdF - Md

DFbF - Md

Mh, ja ja.

Genau betrachtet fast wie
11) ein Ziegenkopf.
12) Das Grün oben könnten dann
die Hörner sein.

DGFFb - Td Orig.-

Richtig, ja, auf jeden Fall,
was unheimlich Verbindliches,
weil alles so ineinander ...

DFbF - Td

Also so zusammengeht.

Jetzt habe ich eben gerade noch was gemeint ...

Jetzt finde ich es nicht mehr.

... ja, ja (gelangweilt).

Mh.

(Schweigt.)

(Lächelt.)

* (Übernimmt und dreht auf b-Stellung.)

Hast du so mal geguckt?

Mh, aha.

Also einigen wir uns auf die Mäuse und Tiere
und auf den Eiffelturm?

* (Legt schnell ab.)

Du, im senkrechten Format kann ich
mit keinem Bild was anfangen, da
ich irgendwo unheimlich an der Sym-
metrie hänge.

(Schweigt.)

← ————— Ja. Okay.

(Mokantes Lächeln.)

Zeitdauer: 19 min.

GEMEINSAMER RORSCHACH-VERSUCH
(VERRECHNUNGSBLATT: IRV/GRV)

I) TEIL: A

ERLEBENSANALYSE: PAAR I

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N (PATIENT: x)		F R A U (PATIENT:)	
	I R V	G R V	I R V	G R V
ANTWORTEN	18 (VIII-X: 6)	25 (VIII-X: 10)	18 (VIII-X: 10)	34 (VIII-X: 16)
ZEIT (min.)	10 min. (4/6)	13 min. (5/8)	8 min. (3/5)	13 min. (5/8)
DURCHSCHN. REAKT-ZEIT:	0,55	X	0,44	X
Alle Tafeln				
Schwarze Tafeln(5)	0,50		0,58	
Schwarzrote Tafeln(2)	0,40		0,36	
Farbige Tafeln(3)	0,75		0,40	
Erfassungs- reihe:	9 (4+)	11 (7+)	6 (4+)	12 (4+)
G	(1 DG-; 0 DdG; 0 DZwG).	(3 DG-; DdG; DZwG). (1 DG+)	(0 DG; 0 DdG; 0 DZwG).	(2 DG-; 0 DdG; 0 DZwG).
D	9 (5+)	14 (7+)	12 (6+)	19 (14+)
	(0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	(0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	(0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	(0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).
Dd	-	-	-	2
DZw	-	-	-	-
DdZw	-	-	-	-
Ds	-	-	-	-
Determinan- tenreihe:	2 (1-)	-	1 (+)	3 (+)
B				
Bfb	-	2 (+)	-	-
Bddf	-	-	-	-
Bkl.	1 (+)	2 (+)	2 (1-)	3 (2-)

ERLEBENSANALYSE (F) : PAAR I

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N				F R A U			
	I R V		G R V		I R V		G R V	
F	10 (5-; dv. 1±, 1 unb.)		13 (6-; dv. 0±, 0 unb.)		9 (3-; dv. 0±, 1 unb.)		20 (7-; dv. 0±, 1 unb.)	
F(Fb)	1	1 Hd	1	1 Hd	-	- Hd	-	- Hd
FFb	2 (1-)	1 F(Fb)	7 (3-)	1 F(Fb)	-	- F(Fb)	2 (1-)	- F(Fb)
FbF	4	1 FHd+	2	1 FHd+	6	1 FHd+	6	1 FHd+
Fb	-	1 Farb-nennung.	2	1 Farb-nennung.	2	1 Farb-nennung.	3	1 Farb-nennung.
Inhaltsreize:	2		1		1		3	
M								
Md	1		1		1		1	
T	9		11		8		13	
Td	-		2		-		3	
Anat.	-		-		-		2	
Sex.	-		-		-		-	
Pfl.	1		1		-		1	
Ldsch.(N)	-		2		-		1	
Wasser	-		-		1		1	
Obj.	1		1		-		2	
Arch.	1		-		-		-	
Orn.	-		-		-		-	
Farbe(Geo)	-		1		-		-	
Essen	-		-		-		-	
Szene	-		1		-		-	
Bild	2		2		3		2	

ERLEBENSANALYSE(F): PAAR I

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N		F R A U	
	I R V	G R V	I R V	G R V
Farbe	1	1	1	2
Blut	-	1	1	-
Feuer	-	-	1	1
Vulkan	-	-	-	1
Wolke	-	-	-	-
Unwetter	-	-	1	1
Abstr.	-	-	-	-
Sonstiges	-	-	-	1 (Klecks)
Häufigkeitsreihe:				
V	4	5	5	7
Orig.	5 (2-)	8 (3-)	1 (+)	10 (4-)
Prozente:				
F+	55 %	54 %	67 %	65 %
T	50 %	52 %	44 %	47 %
V	22 %	20 %	28 %	20 %
Orig. %	28 % (+)	32 % (+)	5,5 % (+)	29 % (+)
Erfassungstypus: (Erft.)	Erft: G-D	Erft: G-D	Erft: G-D	Erft: G-D
Sukzession: (Sukz.)	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet
Ergebnistypus: (Fb)	2BFb; 0BFb; 0BHdF; 1B+k1.	0B; 29FB+; 0BHdF; 2B+k1.	1B+; 0BFb; 0BHdF; 2B+k1.	3B+; 0BFb; 0BHdF; 3B+k1.
B				
Fb	3FFb; 4FbF; 0Fb;	8FFb; 2FbF; 2Fb;(+2BFb)	0FFb; 6FbF; 2Fb;	2FFb; 6FbF; 3Fb;
B : Fb	2 : 5 1/2 (Ohne Fb-Nennung)	(2:11) 2 : 9 1/2 (Ohne Fb-Nennung)	(1:9) 1 : 7 1/2 (Ohne Fb-Nennung)	(3:11 1/2) 3 : 10 (Ohne Fb-Nennung)

ERLEBNISANALYSE(F): PAAR I

PERSONAL- ORIENTIERUNG	M A N N		F R A U	
	T E N D E N Z	G R A D	T E N D E N Z	G R A D
Erlebnis- Quotient: (EQ)	EQ: 0,36	EQ: 0,21	EQ: 0,13	EQ: 0,30
Einstel- lungswert: (EW)	EW: 19,8	EW: 11,8	EW: 7,4	EW: 16,7
Farbtypus:	Mitteltypus	Mitteltypus (Linkstendenz)	Mitteltypus (Rechtstendenz)	Mitteltypus (Rechtstendenz)
ERLEBNIS- TYPUS	Extratensiv - dilatiert	Extratensiv - stark dilatiert	Extratensiv - stark dilatiert	Extratensiv - stark dilatiert

GEMEINSAMER HORSCHACH-VERSUCH
(VERRECHNUNGSBLATT: IRV/GRV)

11) TITEL: a

VERHALTENSANALYSE: PAAR I

TAFEL (I-X)	TAFEL - HALTEN	VORSCHLAGSZAHL						PENETRANZ		ENTSCHEID		BEURTEIL- LUNGEN		QUALITÄT	
		FRAU			MANN (Recht)			FRAU	MANN	FRAU	MANN	FRAU	MANN	PRODUKT	ENT- SCHE- DUNG
		IRV	GRV	NEU	IRV	GRV	NEU								
I	a, a, b	1	2	-	2	(4)	1	-	1		1	1111	11	1	0
II	a	2	(4)	-	3	4	1	1/2	1/2	1/2		1111	11	0	1
III	a	1	(3)	1	2	2	-		1		1	11	11	1	0
IV	a	1	(2)	-	1	1	-	1/2	1/2	1/2	1/2	11	11	1	1
V	a	1	(2)	-	1	1	-	-	-	-	-	111	111	-	-
VI	a	1	(1)	-	1	1	-	-	-	-	1	11	-	-	0
VII	a	1	(4)	2	2	2	1	1		1		1111	111	1	1
VIII	a	2	(5)	-	2	4	2	1		1		1111	1111	0	1
IX	a	3	(4)	1	-	2	2	1		1/2	1/2	11	111	1	1
X	b, b, a, c	5	7	3	4	(4)	1		1	1/2	1/2	1111	1111	0	1
TOTAL	2	18	34	7	18	25	8	4	4	4	5	Σ: 37	Σ: 28	5/8	6/9

GEMEINSAMER RORSCHACH-VERSUCH
(VERRECHNUNGSBLATT: IRV/GRV)

I) TEIL: A

ERLEBENSANALYSE: PAAR II

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N (PATIENT: *)		F R A U (PATIENT:)	
	I R V	G R V	I R V	G R V
ANTWORTEN	8 (VIII - X: 3)	15 (VIII - X: 3)	13 (VIII - X: 7)	11 (VIII - X: 5)
ZEIT (min)	8 min. (3/5)	30 min(14/16)	12 min(4 / 8)	30 min(14/16)
DURCHSCHN. REAKT-ZEIT:	1,00		0,92	
Alle Tafeln				
Schwarze Tafeln(5)	0,85		0,75	
Schwarzrote Tafeln(2)	0,80		0,90	
Farbige Tafeln(3)	1,26		1,00	
Erfassungs- reihen:				
G	6 (4+) (o DG ; o DdG ; o DZuG).	7 (5+) (o DG ; o DdG ; o DZuG).	7 (5+) (o DG ; o DdG ; o DZuG).	4 (3+) (o DG ; o DdG o DZuG).
D	2 (+) (o DdD; o DZuD; o DdZuD).	7 (6+) (o DdD; o DZuD; o DdZuD).	6 (5+) (o DdD; o DZuD; o DdZuD).	7 (4+) (o DdG; o DZuD; o DdZuD).
Dd	-	1	-	-
DZu	-	-	-	-
DdZu	-	-	-	-
Do	-	-	-	-
Determinan- tenreihen:				
B	1 (+)	2 (+)	3 (+)	0
BF	-	-	-	-
BFdF	-	-	-	-
Sk1.	-	-	-	-

ERLEBENSANALYSE (f) : PAAR II

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N				F R A U			
	I R V		G R V		I R V		G R V	
F	5 (+)		11 (1-; dv. 0±, 1 unb.)		9 (3-; dv. 0±, 0 unb.)		10 (4-; dv. 0±, 0 unb.)	
F(Fb)	-	- Hd	-	- Hd	-	- Hd	1 (+)	- Hd
FFb	-	- F(Fb)	-	- F(Fb)	1 (+)	- F(Fb)	-	- F(Fb)
FbF	2	- FHd	2	- FHd	-	- FHd	-	1 FHd+
Fb	-	- Farb-nennung.	-	- Farb-nennung.	-	- Farb-nennung.	-	- Farb-nennung.
Inhaltsreihung:	1		1		1		2	
Md	1		3		-		2	
T	5		7		9		6	
Trd	-		3		-		-	
Anat.	-		-		2 Anat. X = 15%		1	
Sex.	-		-		-		-	
Pfl.	-		-		-		-	
Ldsch.(N)	-		-		-		-	
Wasser	-		-		-		-	
Obj.	-		-		1		-	
Arch.	-		-		-		-	
Drn.	-		-		-		-	
Carte(Gen)	-		-		-		-	
Essen	-		-		-		-	
Szene	-		-		-		-	
Bild	-		-		-		-	

ERLEBENSANALYSE(F): PAAR II

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N		F R A U	
	I R V	G R V	I R V	G R V
Farbe	-	-	-	-
Blut	-	-	-	-
Feuer	-	-	-	-
Vulkan	-	-	-	-
Wolke	-	-	-	-
Unwetter	-	-	-	-
Abstr.	-	-	-	-
Gonstiges	1 (Klecks)	1 (Klecks)	-	-
Häufigkeitsreihe:				
V	6	8	7	4
Orig.	1 (-)	1 (-)	1 (+)	2 (1-)
Prozent:				
F+	100 %	91 %	67 %	60 %
I	62,5 %	67 %	69 %	54,5 %
V	75 %	53 %	54 %	36 %
Orig. %	12,5 % (-)	7 % (-)	8 % (+)	18 % (+/-)
Erfassungstypus: p++v	Erft: G-D	Erft: G-D	Erft: G-D	Erft: G-D
Sukzessionsart: (Sukz.)	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet
Erlebnis- bezug: p/Fb	1 R+; 09Fb; 0 9HdF; 0 8 kl.;	2 R+; 08Fb; 0 9HdF; 08 kl.;	3 S+; 08Fb; 0 8HdF; 0 8 kl.;	0 3; 08Fb; 0 9HdF; 0 8 kl.
R				
Fb	0 FFb; 2 FbF; 0 Fb;	0 FFb; 2 FbF; 0 Fb;	1 FFb; 0 FbF; 0 Fb;	1 FFb; 0 FbF; 0 Fb;
R : Fb	1 : 2 (Ohne Fb-Nennung)	2 : 2 (Ohne Fb-Nennung)	3 : 1/2 (Ohne Fb-Nennung)	0 : 1/2 (Ohne Fb-Nennung)

ERLEBENSANALYSE (F): PAAR II

FORSCHUNG- INSTRUMENT	M A N N		F R A U	
	T E N	G R	T E V	G R V
Erlebens- Quotient: (EQ)	EQ: 0,50	EQ: 1,0	EV: 6,0	EQ: 0
Einstel- lungsquert: (EU)	EU: 26,5	EU: 45,0	EU: 80,5	EU: 0
Farbtypus:	Rechtstypus	Rechtstypus	Rechtstypus	Rechtstypus
ERLEBNIS- TYPUS	Extratensiv - koartativ	Ambiqual	Introversiv - koartativ	Koartiert

II) TITEL: II

VERHALTENSANALYSE: PAAR II

TAFEL - HALTEN	VORSCHLAGSZAHL						PENETRANZ		ENTSCHEID		BEURTEILUNGEN		QUALITÄT			
	FRAU			MANN (Patent)			FRAU	MANN	FRAU	MANN	FRAU	MANN	GRO- DUKT	ENT- SCHEIDUNG		
	FRAU	MANN	IRV	GRV	NEU	IRV									GRV	NEU
I	a		2	-	-	1	(2)	-	1	-	1	-	1	1		
II	a ₁₋₂		-	(1)	1	-	1	1	-	-	1	-	-	0		
III	a		2	(2)	-	1	1	-	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1		
IV	a ₁₋₂		1	(1)	1	-	1	1	-	-	1	1	-	0		
V	a		1	(1)	-	1	3	1	1	1/2	1/2	1/2	0	1		
VI	a		-	-	-	1	(2)	-	1	1	1	-	1	1		
VII	a		-	1	-	1	(2)	-	1	1	1	1/2	1	1		
VIII	a ₁₋₂		1	1	1	1	(1)	-	1	1/2	1/2	1/2	0	1		
IX	a ₁₋₂		2	(1)	-	-	-	-	-	1/2	1	1	-	0		
X	a		4	3	1	2	(2)	1	1/2	1/2	1	1	-	0		
TOTAL	18	5	13	11	4	8	15	4	1 1/2	8 1/2	1 1/2	4 1/2	4 1/2	6 1/2		

GEMEINSAMER RORSCHACH-VERSUCH
(VERRECHNUNGSBLATT: IRV/GRV)

1) TEIL: A

ERLEBENSANALYSE: PAAR III

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N (PATIENT: x)		F R A U (PATIENT:)	
	IRV	GRV	IRV	GRV
ANTWORTEN	15 (VIII-X: 6)	15 (VIII-X: 9)	16 (VIII-X: 7)	12 (VIII-X: 4)
ZEIT (min.)	10 min. (3/7)	22 min.(9/13)	10 min.(25/13)	22 min.(9/13)
DURCHSCHN. REAKT-ZEIT:				
Alle Tafeln	0,66		0,62	
Schwarze Tafeln(5)	0,48		0,41	
Schwarzrote Tafeln(2)	0,53		0,30	
Farbige Tafeln(3)	0,91		0,92	
Erfassungs- reihen:				
G	8 (5+) (0 DG ; 0 DdG ; 0 DZwG).	5 (2+) (2 DG-; 0 DdG ; 0 DZwG).	7 (6+) (1 DG-; 0 DdG ; 0 DZwG).	4 (+) (0 DG ; 0 DdG 0 DZwG).
D	7 (5+) (0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	10 (6+) (0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	8 (6+) (0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	8 (5+) (0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).
Dd	-	-	1	-
DZw	-	-	-	-
DdZw	-	-	-	-
Dn	-	-	-	-
Determinan- tenreihe:				
B	0	1 (-)	3 (+)	2 (+)
BdF	1 (-)	-	-	1 (-)
BdF	-	-	-	-
Sk1.	1 (+)	1 (+)	-	1 (+)

ERIEBENSANALYSE (F) : PAAR III

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N				F R A U			
	I R V		G R V		I R V		G R V	
F	10 (1-; dv. 0±, 0 unb.)		10 (2-; dv. 0±, 0 unb.)		12 (3-; dv. 0±, 1 unb.)		9 (2-; dv. 0±, 1 unb.)	
F(Fb)	1	1 Hd	1	1 Hd	-	- Hd	-	- Hd
FFb	3 (2-)	- F(Fb)	1 (-)	-F(Fb)	-	-F(Fb)	-	- F(Fb)
FbF	-	- Fhd	1 (+)	- Fhd	1	-Fhd	-	- Fhd
Fb	-	- Farb-nennung.	1	- Farb-nennung.	-	- Farb-nennung.	-	- Farb-nennung.
Inhaltsreihung:	1		1		1		1	
Md	1		1		1		2	
T	6		6		12		9	
Td	-		-		-		-	
Anat.	6 } Anat. X =		3 } Anat. X =		1		-	
Sex.	40 %		20 %		-		-	
Pfl.	1		2		1		-	
Ldsch.(N)	-		1		-		-	
ber(Wasser)	-		-		-		-	
Obj.	-		-		-		-	
Arch.	-		-		-		-	
Org.	-		-		-		-	
Karte(Geo)	-		-		-		-	
Essen	-		-		-		-	
Szene	-		-		-		-	
Bild	-		-		-		-	

ERLERENSANALYSE(F): PAAR III

FORSCHACH-DIMENSION	M A N N		F R A U	
	I R V	G R V	I R V	G R V
Farbe	-	-	-	-
Blut	-	-	-	-
Feuer	-	-	-	-
Vulkan	-	-	-	-
Wolke	-	-	-	-
Unwetter	-	-	-	-
Abstr.	-	-	-	-
Sonstiges	-	I (Engelsköpfe)	-	-
Häufigkeitsreihe:				
V	5	3	8	5
Orig.	5 (1-)	5 (2-)	2 (+)	2 (+)
Prozent:				
F +	90 %	80 %	75 %	78 %
I	40 %	40 %	75 %	75 %
V	33 %	20 %	50 %	42 %
Orig. %	33 % (++)	33 % (±)	12,5 % (+)	17 % (+)
Erfassungstypus (F+)	Erft: G-D	Erft: G-D	Erft: G-D	Erft: G-D
Sukzession (Sukz.)	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet
Erlebnis-typus (Fb)	0 R ; 1 BFB-; 0 BhdF; 1 B+kl.;	1 R-; 5FB ; 9HdF; 1B+kl.;	3 B+; 0 BFB ; 0 BhdF; 0 B kl.;	2 B+; 1 BFB-; 0 BhdF; 1B+kl.
Fb	4 FFB; 0 FbF; 0 Fb; (-1 BFB)	2 FFB; 1 FbF; 1 Fb;	0 FFB; 1 FbF; 0 Fb;	0 FFB; 0 FbF; 0 Fb; (-1 BFB)
R : Fb	1 : 3 (Ohne Fb-Nennung)	1 : 3 1/2 (Ohne Fb-Nennung)	3 : 1 (Ohne Fb-Nennung)	3 : 1 (Ohne Fb-Nennung)

ERLEBNISANALYSE(F): PAAR III

FORSCHUNG - GEFÜHLE	M A N N		F R A U	
	T E N	G R I	T E N	G R I
Erlebnis- Quotient: (EQ)	EQ: 0,33	EQ: 0,28	EQ: 3,0	EQ: 3,0
Einstel- lungsquert: (EU)	EW: 18,2	EW: 15,9	EW: 71,5	EW: 71,5
Farbtypus:	Mitteltypus	Rechtstypus	Rechtstypus (Mitteltendenz)	Rechtstypus
ERLEBNIS - TYPUS	Extrativ - koaktiv	Extrativ - dilatiert	Introversiv - koaktiv	Introversiv - koaktiv

II) IFIL: 9

VERHALTENSANALYSE: PAAR III

I F F I	(I-X)	TAFEL - HALTEN		VORSCHELAGSZAHL						PENETRANZ			ENTSCHEID		BEURTEIL- LUNGEN		QUALITÄT	
				FRAU			MANN (Bekannt)			FRAU	MANN	PAAR	FRAU	MANN	FRAU	MANN	PUNKT	ENT- SCHEIDUNG
		FRAU	MANN	IRV	GRV	NEU	IRV	GRV	NEU									
I		a b-b		2	1	-	2	(1)	-		1		1/2	1/2	1/2	1/2	1	1
II		a	b	1	2	(1/2)	2	(1)	-	1						1/2	1	1
III		a		1	1	-	1	(1)	-		1					1/2	0	0
IV		a		1	-	-	1	(1)	-		1					1/2	1	1
V		a		1	(1)	-	1	-	-	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1	1	1
VI		a		2	(1)	-	1	-	-	1			1	1	-	1/2	1	1
VII		a b-b		1	2	-	1	(2)	1	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	0	0
VIII		a		2	1	-	1	(2)	-	1						1/2	1	1
IX		a b-b		1	1	1	3	(3)	3	1						1/2	1	1
X		a b		4	2	-	2	(4)	1	1/2	1/2	1				1/2	1	0
TOTAL		14	8	16	12	1 (1/2)	15	15	5	5 1/2	4 1/2	3 1/2	6 1/2	6 1/2	6 1/2	8 1/10	7 1/10	7 1/10

GEZEINSAMER RORSCHACH-VERSUCH
(VERRECHNUNGSBLATT: IRV/GRV)

I) TEIL: A

ERLEBENSANALYSE: PAAR IV				
RORSCHACH-DIMENSION	M A N N (PATIENT:)		F R A U (PATIENT: x	
	IRV	GRV	IRV	GRV
ANTWORTEN	10 (VIII-X: 5)	37 (VIII-X: 16)	13 (VIII-X: 5)	59 (VIII-X: 29)
ZEIT (min)	9 min. (3/6)	33 min. (10/23)	6 min. (2/4)	33 min. (10/23)
DURCHSCHN. ZEIT	0,90	X	0,46	X
Alle Tafeln	0,90		0,46	
Schwarze Tafeln (5)	-		0,40	
Schwarzrote Tafeln (2)	0,70		0,50	
Erfassungsreihe:	7 (5+)	11 (3+)	5 (4+)	13 (10+)
G	(0 DG ; 0 DdG ; 0 DZwG).	(2 DG- ; 0 dG ; 0 DZwG).	(0 DG ; 0 DdG ; 0 DZwG).	(1 DG+ ; 0 DdG ; 0 DZwG) , (1 DG-)
D	3 (1+)	16 (10+)	8 (7+)	34 (27+)
	(0 DdD ; 0 DZwD ; 0 DdZwD).	(0 DdD ; 0 DZwD ; 0 DdZwD).	(0 DdD ; 0 DZwD ; 0 DdZwD).	(0 DdD ; 0 DZwD ; 0 DdZwD).
Dd	-	10 (6+)	-	10 (9+)
DZw	-	-	-	1 (+)
DdZw	-	-	-	-
Do	-	-	-	1 (+)
Determinationsreihe:	-	1 (+)	-	1 (+)
g	-	-	-	-
ac	2 (+)	3 (+)	1 (+)	1 (+)
BDf	-	-	-	-
akl.	-	1 (-)	-	-

ERIEBENSANALYSE (F) : PAAR IV

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N				F R A U			
	I R V		G R V		I R V		G R V	
F	3 (1-; dv. 0±, 1 unb.)		30 (16-; dv. 0±, 2 unb.)		10 (1-; dv. 0±, 0 unb.)		50 (6-; dv. 0±, 1 unb.)	
F(Fb)	2 (1-)	1 Hd+	1 (-)	- Hd	-	- Hd	-	1 Hd+
FFb	-	- F(Fb)	-	-F(Fb)	-	- F(Fb)	3 (2-)	- F(Fb)
FbF	2 (-)	1 Fhd -	1	1 Fhd -	2 (1-)	- Fhd	3 (1-)	- Fhd
Fb	1	- Farb-nennung.	1	- Farb-nennung.	-	- Farb-nennung.	1	- Farb-nennung.
Inhaltsreihung:								
1	-		1		2		5	
2	1		1		1		9	
3	2		14		6		18	
4	-		12		-		14	
5	-		2		1		5	
6	-		-		-		-	
7	-		-		1		1	
8	-		-		-		1	
9	-		2		-		-	
10	-		2		1		3	
11	-		-		-		-	
12	-		-		-		-	
13	-		-		-		-	
14	-		-		-		1	
15	-		-		-		-	
16	-		-		-		-	
17	-		-		-		-	
18	-		-		-		-	
19	-		-		-		-	
20	-		-		-		-	

ERLERENSANALYSE(F): PAAR IV

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N		F R A U	
	I R V	G R V	I R V	G R V
Farbe	-	-	-	-
Blut	-	-	-	-
Feuer	1	-	-	-
Vulkan	-	-	-	-
Wolke	-	-	-	-
Unruher	-	-	-	-
Abstr.	5	3	-	-
Sonstiges	1 (Rauch)	-	1 (Wappen)	2 (1 Wappen, 1 Gespenst)
Ähnlichkeit relativ:	1	2	4	8
V				
Orig.	4 (2-)	10 (5-)	3 (1-)	15 (6-)
Prozent:				
F+	67 %	47 %	90 %	88 %
T	20 %	70 %	46 %	54 %
V	10 %	5,5 %	31 %	13,5 %
Orig. %	40 % (+/-)	27 % (+/-)	23 % (±)	25,5 % (++)
Erfassungss- tylus (Erft.)	Erft.: G-D	Erft.: (G)-D-Dd	Erft.: G-D	Erft.: G-D-Dd
Sukzession: (Sukz.)	Sukz.: geordnet	Sukz.: geordnet	Sukz.: geordnet	Sukz.: geordnet
Erlebnis- tylus (Erft.)	0 R ; 29Fb+; 0 Bhdf; 0 B kl.;	1H+; 39Fb+; 0 Bhdf; 1 B-kl.;	0 R ; 18Fb+; 0 Bhdf; 0 B kl.;	1 B+; 18Fb+; 0 Bhdf; 0 B kl.
B				
Fb	2 FFb; 2 FbF; 1 Fb; (+2BFb)	1FFb; 1 FbF; 1 Fb; (+3BFb)	0 FFb; 2 FbF; 0 Fb; (+1BFb)	3 FFb; 3 FbF; 1 Fb (+1BFb)
B : Fb	2 : 6 1/2 (Ohne Fb-Nennung)	4 : 6 (Ohne Fb-Nennung)	1 : 3 (Ohne Fb-Nennung)	2 : 7 (Ohne Fb-Nennung)

ERLEBNISANALYSE(F): PAAR IV

FORSCHUNGSPERSONEN	M A N N		F R A U	
	T E N	G R U	T E U	G R U
Erlebnis- Quantität: (EQ)	EQ: 0,30	EQ: 0,66	EQ: 0,33	EQ: 0,28
Einstel- lungszeit: (EU)	EU: 16,7	EU: 33,4	EU: 18,2	EU: 15,6
Farbtypus:	Rechtstypus	Rechtstypus	Rechtstypus (Mitteltendenz)	Mitteltypus
ERLEBNIS- TYPUS	Extratensiv - stark dilatiert	Entratensiv - tendenziell ambigüel	Extratensiv - koartativ	Extratensiv - stark dilatiert

II) TEIL: B

VERHALTENSANALYSE: PAAR <u>IV</u>												
TAFEL - HALTEN	VOR S C H L A G S Z A H L								PENETRANZ		ENTSCHEID	
	FRAU (Reakt)				MANN				FRAU	MANN	FRAU	MANN
	IRV	GRV	NEU	IRV	GRV	NEU	IRV	GRV				
I (I-X)												
I	a	3	-	1	-	-	-	-	1		1	1
II	c	2	1	1	6	1	-		1/2	1	1/2	1
III	d	4	1	2	2	1	-		1/2	1	1/2	1
IV	e	3	2	1	9	3	-		1/2	1	1/2	1
V	f	4	-	1	-	-	1	1	1/2	1	1/2	1
VI	g	11	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
VII	h	3	1	1	3	3	1	1	1/2	1	1/2	1
VIII	i	5	3	1	5	2	1	1	1/2	1	1/2	1
IX	j	7	6	2	7	5	1	1	1/2	1	1/2	1
X	k	17	9	3	4	3	1	1	1/2	1	1/2	1
TOTAL	44	59	28	13	37	20	10	4 1/2	5 1/2	3 1/2	4 1/2	6 1/2

GEMEINSAMER RORSCHACH-VERSUCH
(VERRECHNUNGSBLATT: IRV/GRV)

I) TEIL: A

ERLEBENSANALYSE: PAAR V

RORSCHACH- DIMENSION	M A N N (PATIENT:)		F R A U (PATIENT: x	
	IRV	GRV	IRV	GRV
ANTWORTEN	6 (VIII-X: 1)	8 (VIII-X: 2)	9 (VIII-X: 1)	8 (VIII-X: 0)
ZEIT (min)	4 min. (2/2)	4 min. (2,5/1,5)	9 min. (4/5)	4 min. (2,5/1,5)
DURCHSCHN. REAKT-ZEIT:	0,66	X	1,00	X
Alle Tafeln				
Schwarze Tafeln (5)	0,44		1,04	
Schwarzrote Tafeln (2)	-		0,60	
Farbige Tafeln (3)	0,80		2,00	
Erfassungss- reize:	6 (5+)	7 (5+)	5 (3+)	6 (3+)
G	(0 DG ; 0 DdG ; 0 DZwG).	(0 DG ; 0 DdG ; 0 DZwG).	(0 DG ; 0 DdG ; 0 DZwG).	(0 DG ; 0 DdG 0 DZwG).
D	- (0 DdD ; 0 DZwD ; 0 DdZwD).	1 (-) (0 DdD ; 0 DZwD ; 0 DdZwD).	4 (2+) (0 DdD ; 0 DZwD ; 0 DdZwD).	1 (+) (0 DdD ; 0 DZwD ; 0 DdZwD).
Dd	-	-	-	1 (-)
DZw	-	-	-	-
DdZw	-	-	-	-
Dn	-	-	-	-
Determinan- tsreize:	-	1 (+)	-	-
a				
act	-	-	-	-
actf	-	-	-	-
akt.	-	-	-	-

ERLEBENSANALYSE (F) : PAAR V

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N				F R A U			
	I R V		G R V		I R V		G R V	
F	3 (+)		3 (1-; dv. 0 _± , 1 unb.)		8 (3-; dv. 0 _± , 1 unb.)		7 (3-; dv. 0 _± , 1 unb.)	
F(Fb)	2 (+)	1 Hd	3 (1-)	2 Hd 4	1 (-)	- Hd	1 (-)	- Hd
FFb	-	- F(Fb)	-	- F(Fb)	-	- F(Fb)	-	- F(Fb)
FbF	-	1 Fhd +	-	1 Fhd	-	1 Fhd-	-	1 Fhd-
Fb	1	x Farb-nennung.	1	x Farb-nennung.	-	x Farb-nennung.	-	x Farb-nennung.
Inhaltsreize:	-		-		1		1	
M	-		-		1		-	
Hd	-		-		1		-	
T	1		3		4		4	
Td	-		-		1		1	
Anat.	-		-		2 } Anat. 2 = 22%		2 } Anat. 2 = 25%	
Sex.	-		-					
Pfl.	-		-		-		-	
Ldsch.(M)	-		-		-		-	
Wasser	-		-		-		-	
Obj.	2		1		-		-	
Arch.	-		-		-		-	
Orn.	-		-		-		-	
Karte(Geo)	-		-		-		-	
Felsen	-		-		-		-	
Szene	-		-		-		-	
Bild	-		-		-		-	

ERLEBENSANALYSE(F): PAAR V

VORSCHACH-DIMENSION	M A N N		F R A U	
	I R V	G R V	I R V	G R V
Farbe	1	3	-	-
Blut	-	-	-	-
Feuer	-	-	-	-
Vulkan	-	-	-	-
Wolke	2	1	-	-
Unwetter	-	-	-	-
Abstr.	-	-	-	-
Gonstiges	-	-	-	-
Häufigkeitsreihe:	1	3	6	4
V				
Orig.	-	-	-	-
Prozent:				
F+	100 %	67 %	62,5 %	57 %
T %	16,5 %	37,5 %	55,5 %	62,5 %
V %	16,5 %	37,5 %	67 %	50 %
Orig. %	- %	- %	- %	- %
Erfassungstypus (Erft)	Erft: G-Typus	Erft: G-D	Erft: G-D	Erft: G-D-(Dd)
Sukzession (Sukz.)	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet	Sukz: geordnet
Erlebnistypus (Fb)	0 R ; 0 GFb ; 0 GHdF ; 0 R kl. ;	1 R+ ; 0 SFb ; 0 BHdF ; 0 R kl. ;	0 B ; 0 GFb ; 0 BHdF ; 0 R kl. ;	0 B ; 0 SFb ; 0 BHdF ; 0 R kl. ;
Fb	2 FFb ; 0 FbF ; 1 Fb ;	3 FFb ; 0 FbF ; 1 Fb ;	1 FFb ; 0 FbF ; 0 Fb ;	1 FFb ; 0 FbF ; 0 Fb ;
R : Fb	0 : 2 1/2 (Ohne Fb-Messung)	1 : 3 (Ohne Fb-Messung)	0 : 1/2 (Ohne Fb-Messung)	0 : 1/2 (Ohne Fb-Messung)

ERLEBNISANALYSE(F): DAAR V

PORSCHACH- SINENTIO	M A N N		F R A U	
	T R V	G R V	T R V	G R V
Erlebnis- Quantität: (EQ)	EQ: 0	EQ: 0,33	EQ: 0	EQ: 0
Einstel- lungswert: (EW)	EW: 0	EW: 18,2	EW: 0	EW: 0
Farbtypus:	Rechtstypus	Mitteltypus (Rechtstendenz)	Rechtstypus	Rechtstypus
ERLEBNIS- TYPUS	Egozentrisch - extratensiv	Extratensiv - koartativ	Koartiert	Koartiert

II) TEIL: 5

VERHALTENSANALYSE: PAAR V

TAFEL - HALTEN	VORSCHLAGSZAHL						PENETRANZ		ENTSCHEID		BEURTEIL- LUNGEN		QUALITÄT	
	FRAU (akt.)			MANN			FRAU	MANN	FRAU	MANN	FRAU	MANN	PRO- DUKT	ENT- SCHEI- DUNG
	IRV	GRV	NEU	IRV	GRV	NEU								
I	-	a	1	1	1	-	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1	0	0
II	-	a	2	2	2	-	1	1	1	1	-	1	1	1
III	-	a	1	1	1	-	1/2	1/2	1	1	-	1	1	0
IV	-	a	1	1	1	2	-	-	1	1	1	1	-	0
V	-	a	1	1	1	1	-	-	1	1	-	1	-	0
VI	-	a	1	1	1	1	-	-	1	1	-	1	-	0
VII	-	a	1	1	1	-	-	-	1	1	-	1	-	0
VIII	-	a	1	1	1	1	-	1	1	1	-	1	1	1
IX	-	a	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
X	-	a	-	-	1	1	-	-	1	1	1	1	-	0
TOTAL	0	10	9	8	8	5	2	2	1/2	8 1/2	5	6	3/4	2/9

GEMEINSAMER RORSCHACH-VERSUCH
(VERRECHNUNGSBLATT: IRV/GRV)

I) TEIL: A

ERLEBENSANALYSE: PAAR VI

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N (PATIENT:)		F R A U (PATIENT: x)	
	I R V	G R V	I R V	G R V
ANTWORTEN	22 (VIII-X: 8)	47 (VIII-X: 21)	15 (VIII-X: 7)	38 (VIII-X: 15)
ZEIT (min)	11 min. (4/7)	19 min. (6/13)	10,5 min. (4/6,5)	19 min. (6/13)
DURCHSCHN. REAKT. ZEIT	0,50	X	0,70	X
Alle Tafeln				
Schwarze Tafeln (5)	0,46		0,62	
Schwarzrote Tafeln (2)	0,35		0,60	
Rotbraune Tafeln (3)	0,62		0,78	
Erfassungs- reihe:	15 (11+)	8 (4+)	8 (5+)	13 (8+)
G	(1 DG-; 0 DdG ; 0 DZwG).	(2 DG-; 0 DdG ; 0 DZwG).	(1 DG-; 0 DdG ; 0 DZwG).	(3 DG+; 0 DdG ; 0 DZwG) (1 DG-)
D	5 (4+)	23 (11+)	6 (4+)	19 (9+)
	(0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	(0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	(0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).	(0 DdD; 0 DZwD; 0 DdZwD).
Dd	2 (-)	15 (7+)	1 (+)	5 (4+)
DZw	-	1 (-)	-	-
DdZw	-	-	-	-
Do	-	-	-	1 (+)
Determinan- tenreihe:	6 (+)	4 (1-)	4 (+)	6 (1-)
a				
acb	-	-	1 (+)	1 (+)
acbf	-	-	-	-
akl.	1 (-)	1 (+)	2 (-)	-

ERLERENSANALYSE(r) : PAAR VI

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N				F R A U			
	I R V		G R V		I R V		G R V	
F	12 (4-; dv. 0±, 0 unb.)		37 (21-; dv. 0±, 1 unb.)		7 (3-; dv. 0±, 1 unb.)		23 (9-; dv. 0±, 4 unb.)	
F(Fb)	-	- Hd	1 (+)	- Hd	1 (+)	- Hd	1 (-)	- Hd
FFb	2 (1-)	- F(Fb)	3 (2-)	-F(Fb)	-	- F(Fb)	1 (+)	-F(Fb)
FbF	2 (-)	- FHd	2 (1-)	1 FHd+	1 (-)	1 FHd+	4 (-)	1 FHd-
Fb	-	- Farb-nennung.	-	- Farb-nennung.	1 (-)	1 Farb-nennung.	2 (1-)	- Farb-nennung.
Inhaltsreihung:	5		5		3		6	
M								
Md	2		10		-		2	
T	3		10		7		13	
Td	6		15		-		8	
Anat.	-		1		-		1	
Sex.	-		-		-		-	
Pfl.	-		-		-		-	
Ldsch.(N)	1		1		-		-	
Meer(Wasser)	-		-		-		-	
Obj.	4		4		1		1	
Arch.	-		-		-		-	
Orn.	-		-		-		-	
Karte(Geo)	-		-		-		-	
Essen	-		-		-		-	
Szene	-		-		-		-	
Bild	-		-		1		1	

ERLEBENSANALYSE(F): PAAR VI

RORSCHACH-DIMENSION	M A N N		F R A U	
	I R V	G R V	I R V	G R V
Farbe	-	-	2	3
Blut	-	-	-	2
Feuer	-	-	-	-
Vulkan	-	-	-	-
Wolke	-	-	-	-
Unwetter	-	-	-	-
Abstr.	-	-	-	-
Sonstiges	1 (Wappen)	1 (Lebewesen)	1 (Lebewesen)	1 (Lebewesen)
Häufigkeitsreihe:	6	2	3	3
U				
Orig.	9 (5-)	15 (8-)	2 (1-)	7 (4-)
Prozente:				
F+ %	67 %	43 %	57 %	61 %
T %	41 %	53 %	47 %	55 %
V %	27 %	4 %	20 %	8 %
Orig. %	41 % (±)	32 % (±)	13 % (+/-)	18,5 % (±)
Erfassungstypus: Erf+V	Erft: <u>G-D-D</u> (Dd)	Erft: <u>G-D-Dd</u>	Erft: <u>G-D-Dd</u>	Erft: (G)-D-Dd
Sukzession: (Sukz.)	Sukz: geordnet	Sukz: gelockert	Sukz: geordnet	Sukz: gelockert
Erlebnis-typus: 9/Fb	6 B+; 0 BFb; 0 BHdF; 1 B-kl.;	4 B(3+); 0 BFb; 0 BHdF; 1 B+kl.;	4 B+; 1 BFb+; 0 BHdF; 2 B-kl.;	6 B ⁽⁵⁺⁾ ; 1 BFb+; 0 BHdF; 0 B kl.
B				
Fb	2 FFb; 2 FbF; 0 Fb;	4 FFb; 2 FbF; 0 Fb;	1 FFb; 1 FbF; 1 Fb; (+1BFb)	2 FFb; 4 FbF; 2 Fb; (+1BFb)
9 : Fb	6 : 3 (Ohne Fb-Nennung)	4 : 4 (Ohne Fb-Nennung)	5 : 2 1/2 (Ohne Fb-Nennung)	7 : 9 (Ohne Fb-Nennung)

ERLEBENSANALYSE(F): PAAR VI

FORSCHUNGSDIMENSION	M A N N		F R A U	
	T R U	G R U	T R U	G R U
Erlebens- Quotient: (EQ)	EQ: 2,0	EQ: 1,0	EQ: 2,0	EQ: 0,77
Einstel- lungsquert: (EU)	EU: 63,4	EU: 45,0	EU: 63,4	EU: 37,6
Farbtypus:	Rechtstypus (Mitteltendenz)	Mitteltypus	Rechtstypus	Rechtstypus (Mitteltendenz)
ERLEBNIS- TYPUS	Introversiv - dilatiert	Ambiqual	Introversiv - dilatiert	Extratensiv - tendenziell ambiqual

11) TEIL: B

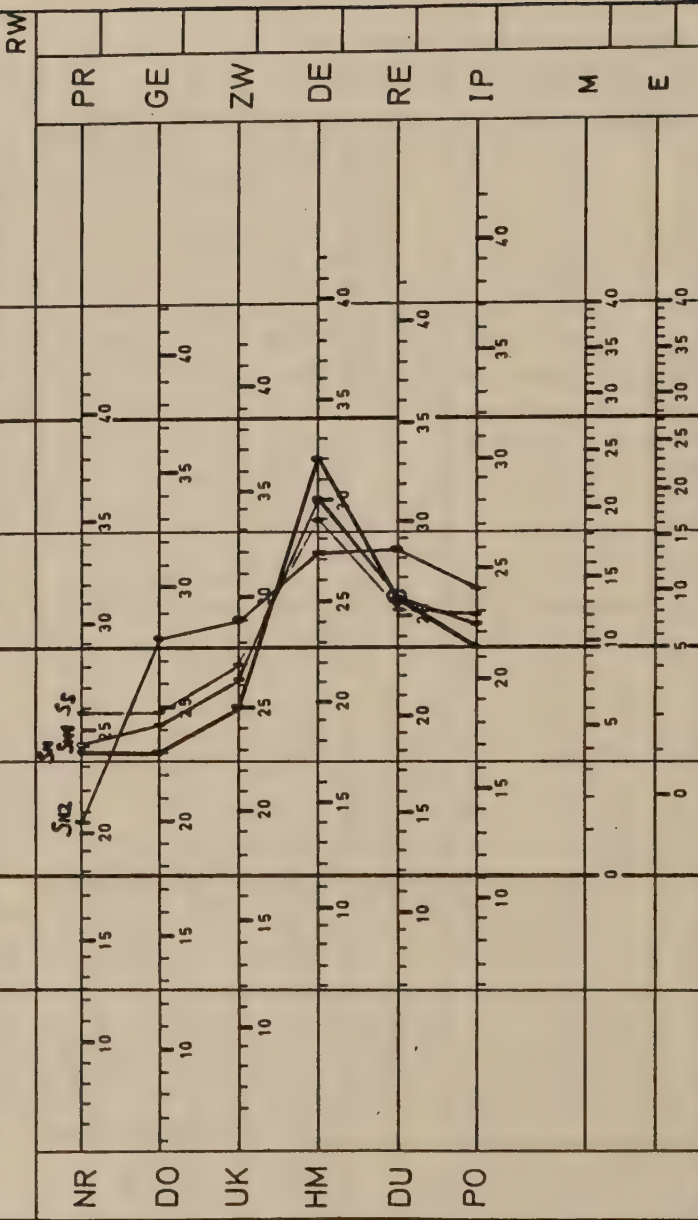
VERHALTENSANALYSE: PAAR VI.

TAFEL - HALTEN	VORSCHELAGSZAHL						PENETRANZ		ENTSCHEID		BEURTEIL- LUNGEN		DUPLIZITÄT	
	FRAU (Anw.)			MANN			FRAU	MANN	FRAU	MANN	FRAU	MANN	FRA- DUKT	ENT- SCHEIDUNG
	IRV	GRV	NEU	IRV	GRV	NEU								
(I-X)														
I	a-a b	1	5	1	2	4	1			1	1	1	1	1
II	a-a b-b	-	1	1	2	2		1	1/2	1/2	1	-	1	1
III	a	1	1	-	2	-	1		1		-	1	1	1
IV	a-a b	2	6	1	2	4	1		1/2	1/2	1	1	1	1
V	a	1	1	-	1	-	1		1		-	1	1	1
VI	a-a b	2	4	1	2	7	1			1	1	1	0	0
VII	a-a b-b	1	5	2	3	3		1	1/2	1/2	1	1	0	0
VIII	a	2	4	2	3	1	1		1/2	1/2	1	1	1	1
IX	a-a b-b	2	7	2	1	8	1		1/2	1/2	1	1	1	1
X	a-a b-b	3	4	2	4	12	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1	0	0
TOTAL	23	15	38	12	22	47	7 1/2	2 1/2	5	5	2:58	2:66	7 1/10	7 1/10

GT-Profilblatt

%-Rang

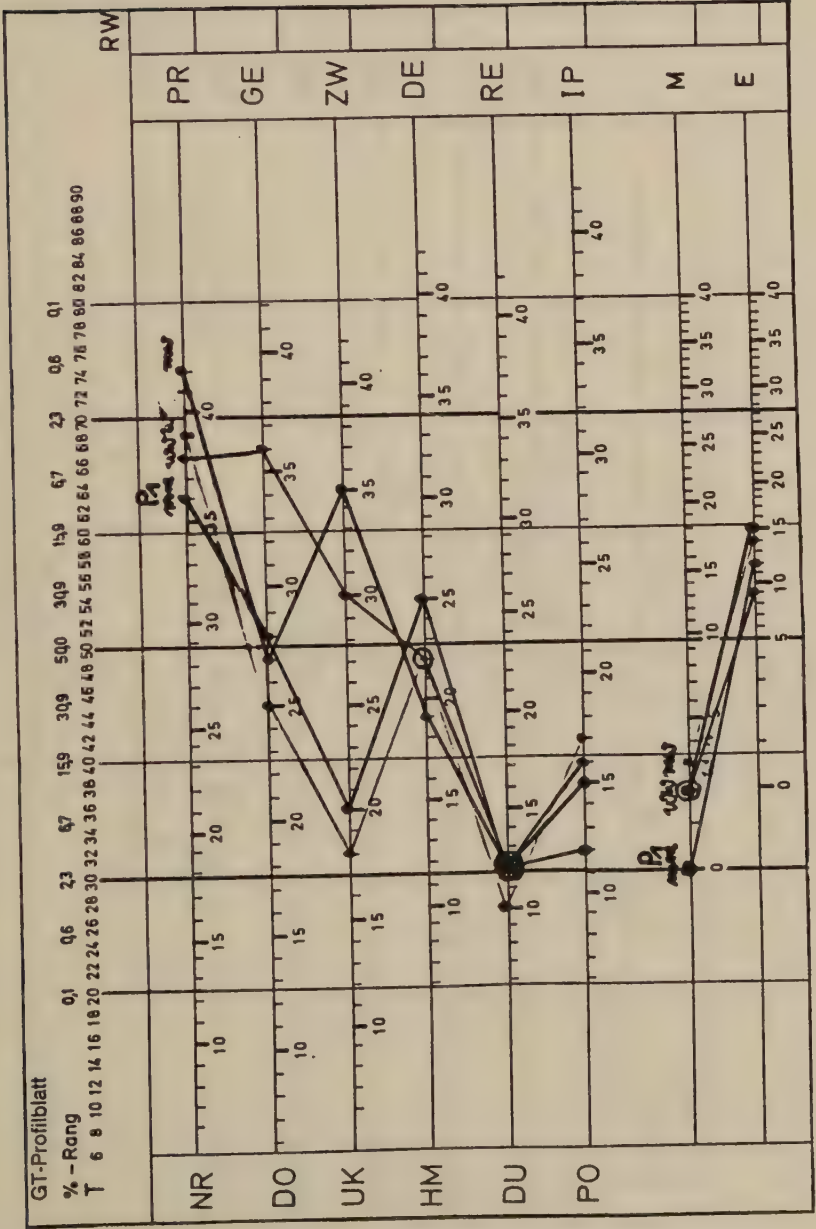
T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90



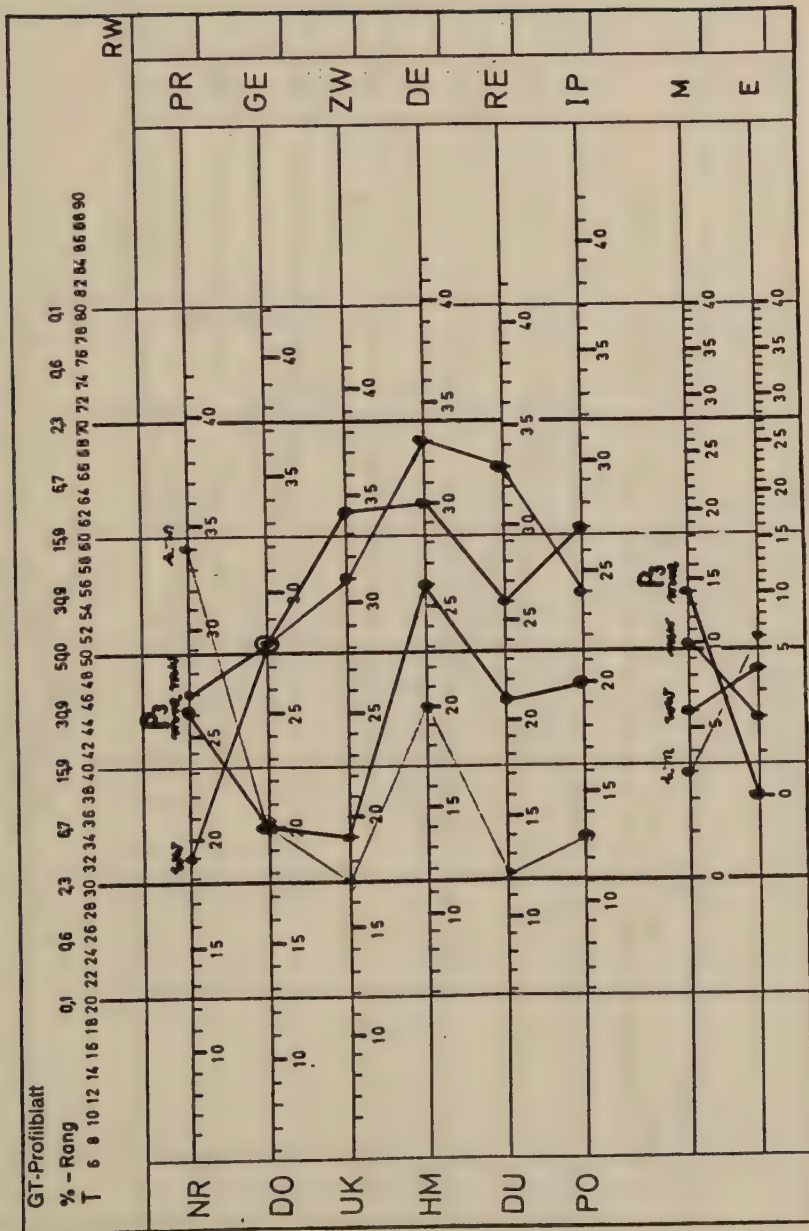
- 1) rot = S_N : Selbstbild - Neurotiker
 2) blau = S_S : Selbstbild - Psychosomatiker
 3) grün = S_{N1} : Mittelwertsprofil von Neurotikern unterschiedlichster Symptomatik
 4) gelb = S_{N2} : Häufigstes Profil bei Neurotikern
 vgl. Beckmann und Richter (1972)

vgl. von Rad (1977)

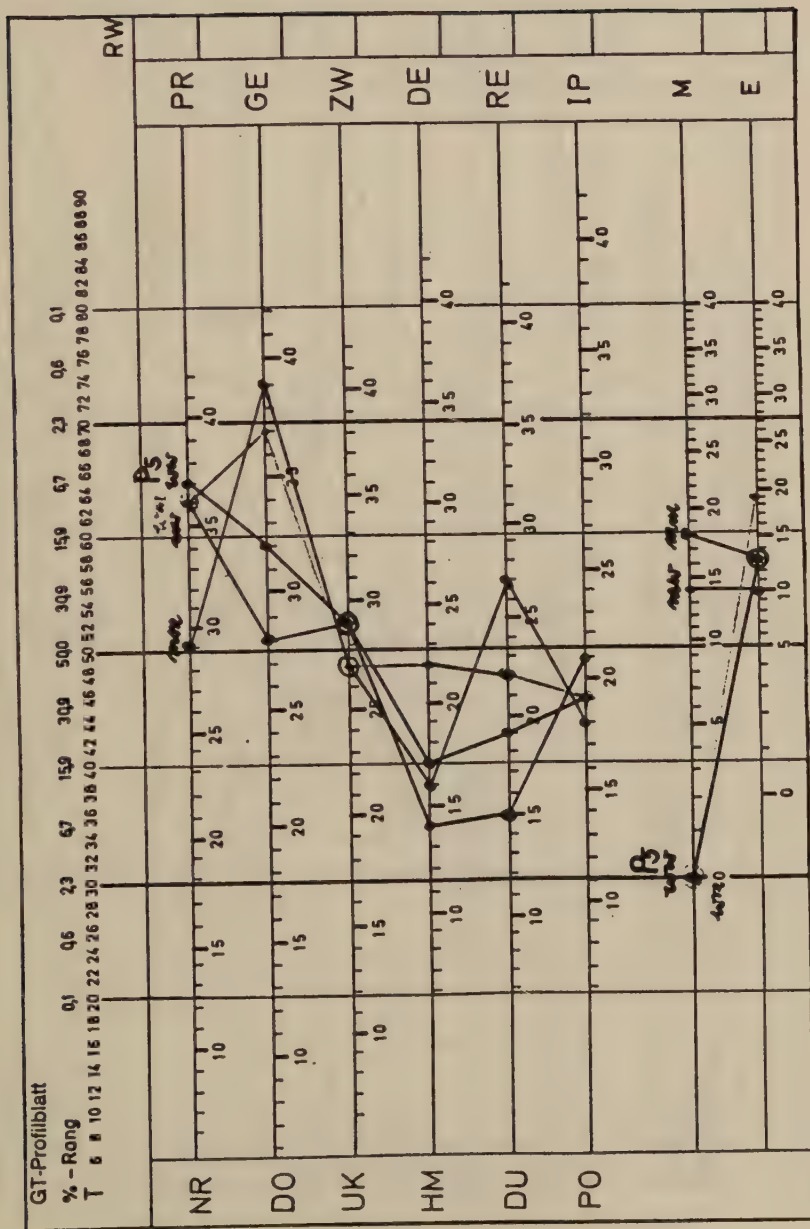
Paar I: Profile der vier Urteile



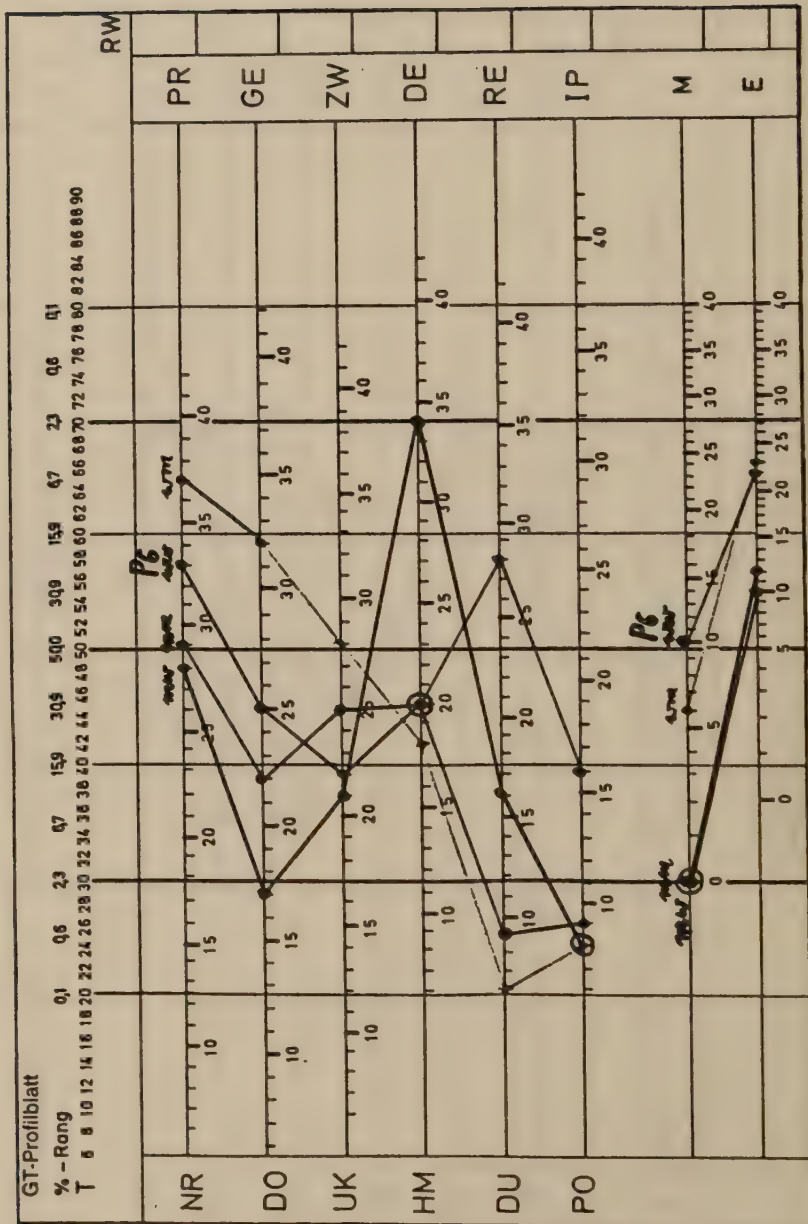
Paar III: Profile der vier Urteile



Paar V: Profile der vier Urteile

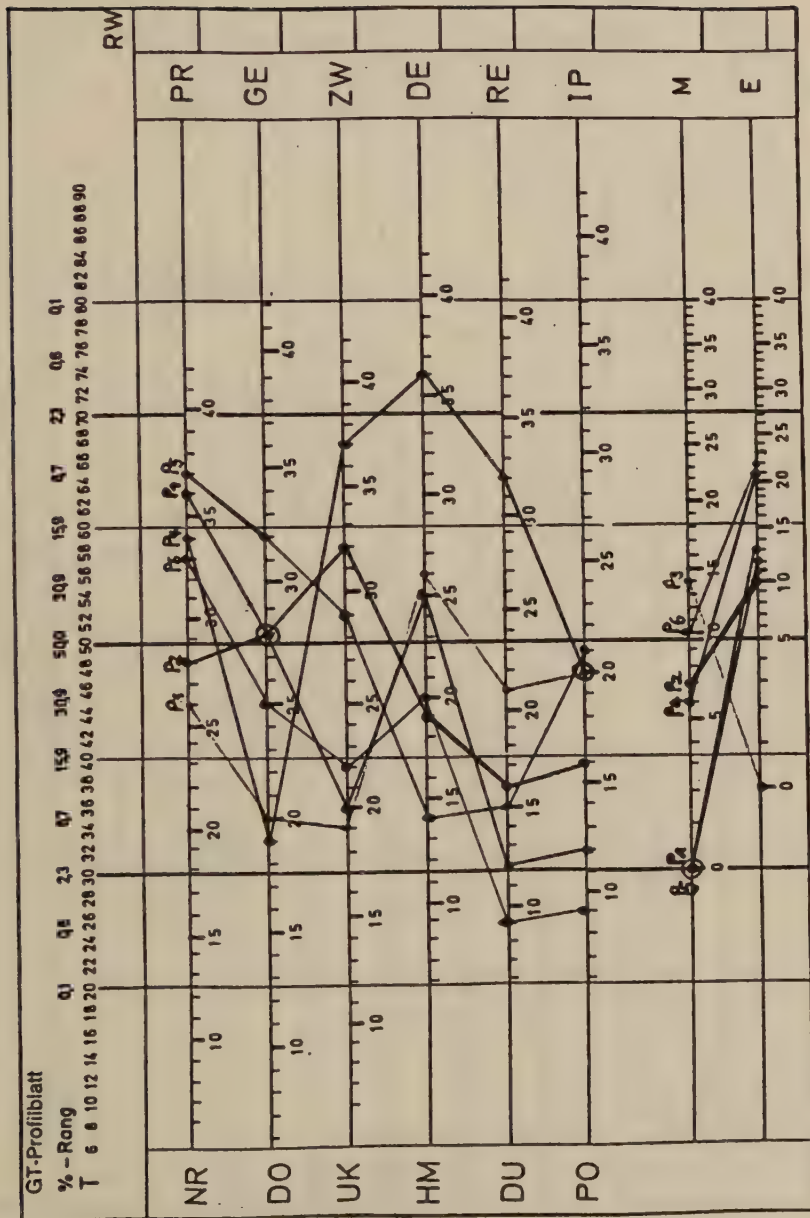


Paar VI: Profile der vier Urteile

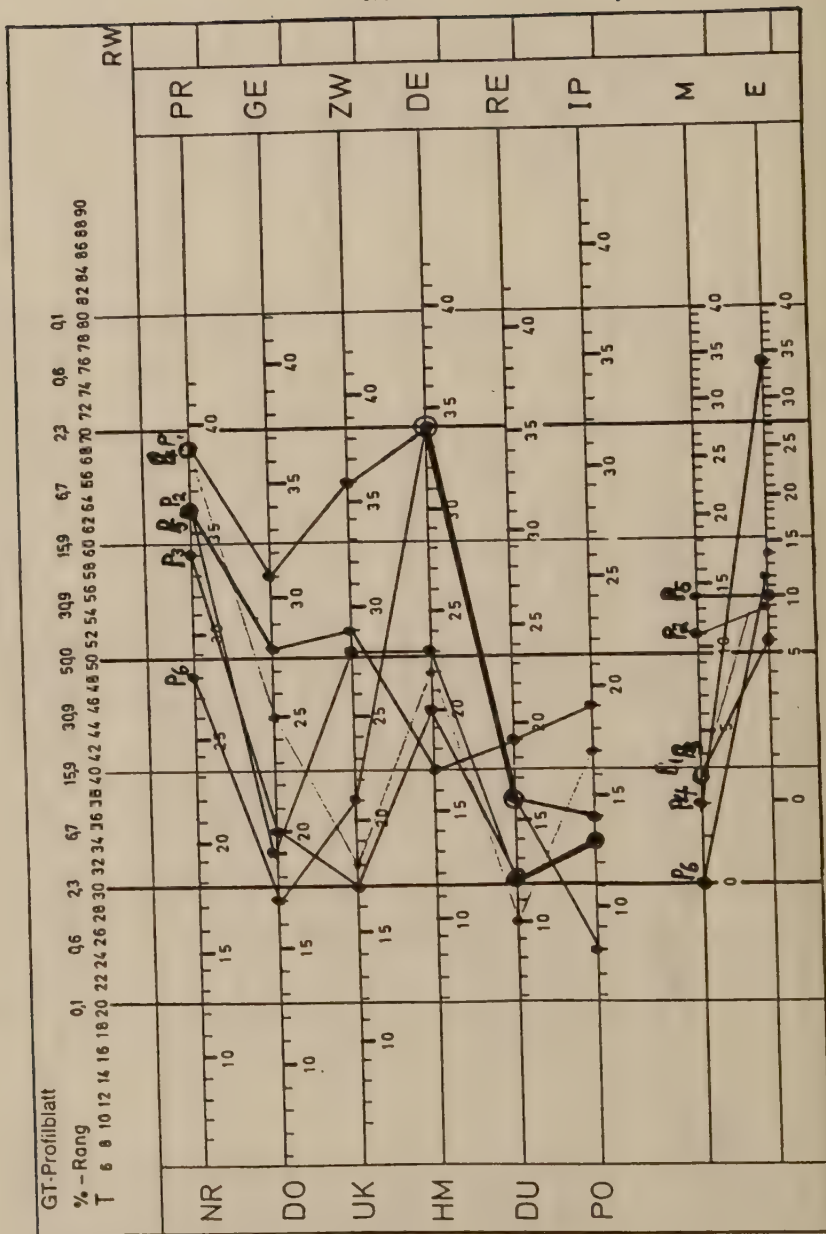


Selbstbilder der Patienten (mm/ww)

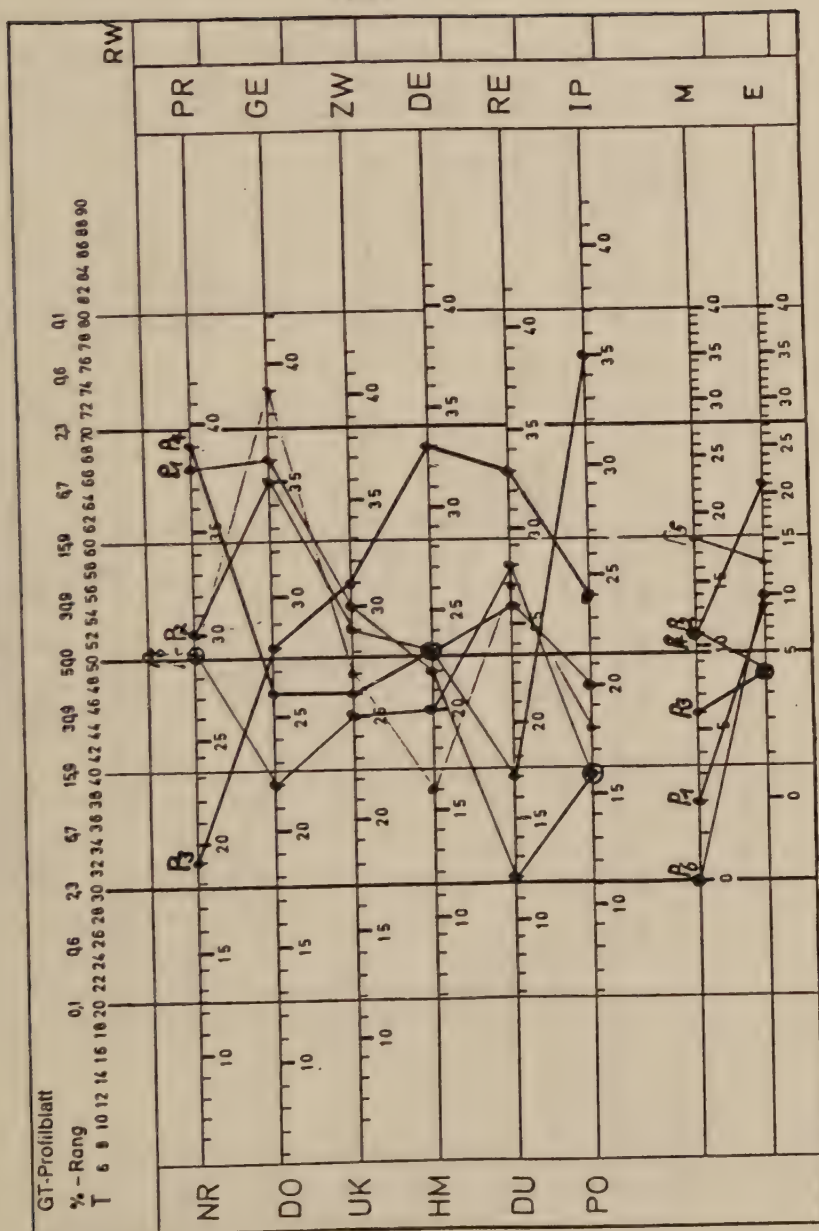
- 377 -



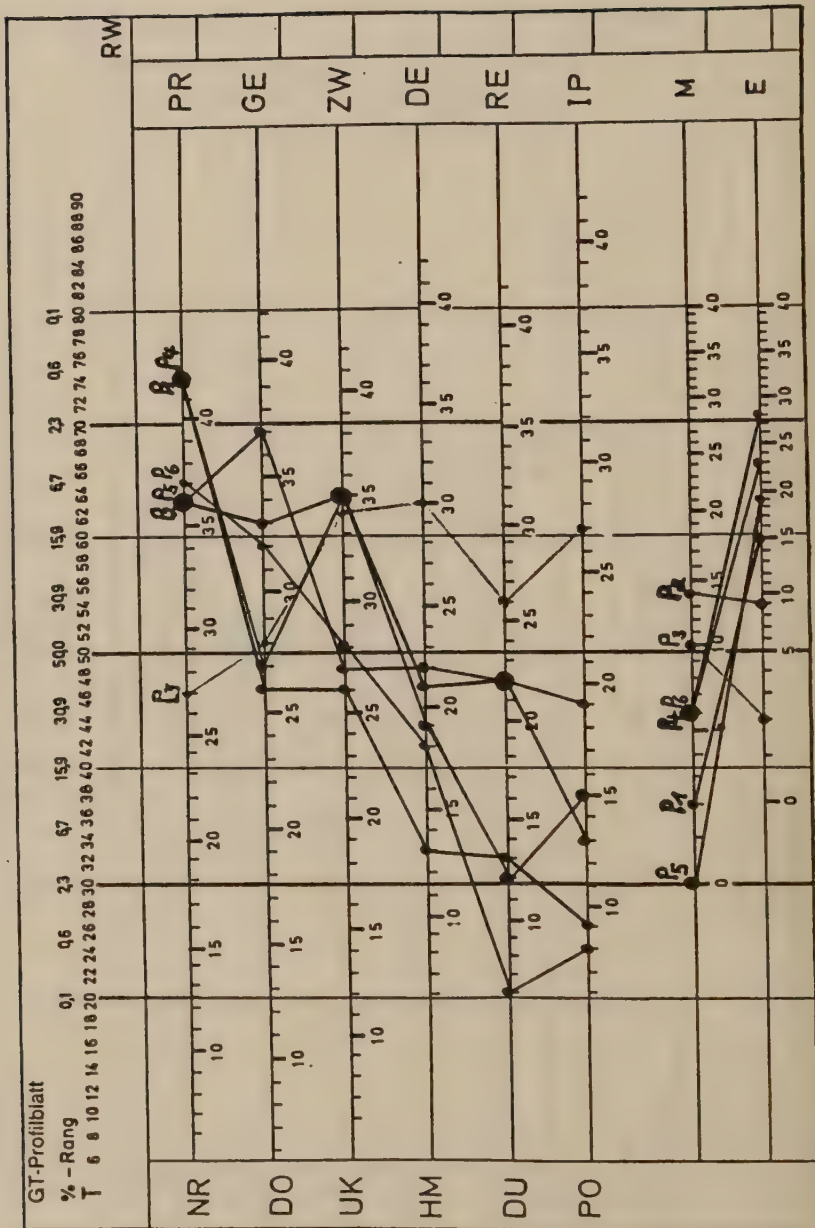
Fremdbilder der Patienten (mw/wm)



Selbstbilder der Partner (mm/ww)



Fremdbilder der Partner (mw/wm)



Individualdiagnostik - Vergleich der 6 Patienten im PSKB

Diagnose	PSKB-Ergebnisse			
	Schizoidie	Depression	Zwang	Hysterie - Phall.Narzißmus
Pat. 1: Herr S. H.				
D: Depressive Neurosen- struktur mit phallisch-narzißtischer Akzentuierung	6 3.	19 1.	6 3.	12 2.
Pat. 2: Herr W. G.				
D: Mischbild mit depressiven und phallisch-narzißtischen Spitzen	6,5 3.	17 1.	4,5 4.	16 2.
Pat. 3: Herr J. Sch.				
D: Depressive Neurosen- struktur mit phallisch-narzißtischer Akzentuierung	7,5 3.	25,5 1.	2. 4.	15 2.
Pat. 4: Frau E. B.				
D: Depressive Neurosen- struktur mit phallisch-narzißtischer Akzentuierung	5,8 4.	19,8 1.	6 3.	13,33 2.
Pat. 5: Frau G. T.				
D: Mischbild mit depressiv- zwanghaftem Schwerpunkt	7 3.	12 1.	8 2.	6 4.
Pat. 6: Frau C. M.				
D: Depressive Neurosen- struktur mit phallisch-narzißtischer Akzentuierung	5 3.	17,5 1.	1 4.	9,5 2.

Interaktionsdiagnostik - Vergleich der 6 Paare im GT

T-Werte der Patienten-Selbstbilder

Skala	Patient I (mm ₁)	Patient II (mm ₂)	Patient III (mm ₃)	Patient IV (mm ₄)	Patient V (mm ₅)	Patient VI (mm ₆)
1	63	48	45	59	65	58
2	51	51	35	33	59	45
3	36	58	34	67	52	39
4	54	43	56	73	34	45
5	30	37	46	65	36	25
6	32	39	47	47	49	26
M	30	46	55	45	30	50
E	57	55	37	65	58	65

T-Werte der Partner-Selbstbilder

Skala	Partnerin I (mm ₁)	Partnerin II (mm ₂)	Partnerin III (mm ₃)	Partner IV (mm ₄)	Partner V (mm ₅)	Partner VI (mm ₆)
1	67	52	32	69	50	50
2	68	66	51	47	74	39
3	54	52	56	47	49	45
4	49	50	68	50	38	45
5	30	54	66	39	56	58
6	39	47	55	76	43	39
M	37	51	45	51	60	30
E	55	48	48	65	58	55

Interaktionsdiagnostik - Vergleich der 6 Paare im GT

T-Werte der Patienten-Fremdbilder

Skala	Patienten- FB ₁ (wm ₁)	Patienten- FB ₂ (wm ₂)	Patienten- FB ₃ (wm ₃)	Patienten- FB ₄ (mw ₄)	Patienten- FB ₅ (mw ₅)	Patienten- FB ₆ (mw ₆)
1	69	63	59	69	63	48
2	45	33	35	57	51	29
3	32	50	30	65	52	37
4	49	50	45	70	40	70
5	27	30	30	37	42	37
6	41	34	34	36	45	24
M	39	51	39	37	55	30
E	59	55	52	75	55	57

T-Werte der Partner-Fremdbilder

Skala	Partner- FB ₁ (mw ₁)	Partner- FB ₂ (mw ₂)	Partner- FB ₃ (mw ₃)	Partner- FB ₄ (wm ₄)	Partner- FB ₅ (wm ₅)	Partner- FB ₆ (wm ₆)
1	74	63	47	74	63	65
2	49	62	51	47	70	59
3	64	64	62	47	49	50
4	43	47	63	33	49	42
5	30	48	54	32	48	20
6	38	34	61	26	45	24
M	37	55	50	45	30	45
E	59	55	44	71	63	66

Paar	B : Fb				EQ		EW		ElTp		GRV
	IRV	GRV	IRV	GRV	IRV	GRV	IRV	GRV	IRV	GRV	
Paar I:											
Patient	2 : 5,5	2 : 9,5	0,36	0,21	19,8	11,8	7,4	16,7	Extratsensiv-dilatiert	Extratsensiv - stark dilatiert	
Partner	1 : 7,5	3 : 10	0,13	0,30					Extratsensiv - stark dilatiert	Extratsensiv - stark dilatiert	
Paar II:											
Patient	1 : 2	2 : 2	0,50	1,00	26,5	45	80,5	0,00	Extratsensiv - koartativ	Ambiaqual	
Partner	3 : 0,5	0 : 0,5	6,00	0,00					Introversiv - koartativ	Koartiert	
Paar III:											
Patient	1 : 3	1 : 3,5	0,33	0,28	18,2	15,9	71,5	71,5	Extratsensiv - koartativ	Extratsensiv - dilatiert	
Partner	3 : 1	3 : 1	3,00	3,00					Introversiv - koartativ	Introversiv - koartativ	
Paar IV:											
Patient	1 : 3	2 : 7	0,33	0,28	18,2	15,6	16,7	33,4	Extratsensiv - koartativ	Extratsensiv - stark dilatiert	
Partner	2 : 6,5	4 : 6	0,30	0,66					Extratsensiv - stark dilatiert	Extratsensiv - tend. ambiaqual	
Paar V:											
Patient	0 : 0,5	0 : 0,5	0	0	0	0	0	0	Koartiert	Koartiert	
Partner	0 : 2,5	1 : 3	0	0,33	0	18,2			Egozentrisch - extratsensiv	Extratsensiv - koartativ	
Paar VI:											
Patient	5 : 2,5	7 : 9	2,00	0,77	63,4	37,6	63,4	45,0	Introversiv - dilatiert	Extratsensiv - tend. ambiaqual	
Partner	6 : 3	4 : 4	2,00	1,0					Introversiv - dilatiert	Ambiaqual	

Interaktionsdiagnostik - Vergleich der Erlebnistypen der 6 Paare im IRV und GRV

LITERATUR

- Abelin, E.L.:
The role of the father in the separation-individuation process.
In: J.B. Mc Devitt, C.F. Settlege (eds.): Separation-Individuation:
Essays in honor of Margaret S. Mahler. Int.Univ.Press, New York, 1971
- Abelin, E.L.:
Some further observations and comments on the earliest role of the father.
Int.J. Psycho-Anal. 56, 293-302 (1975)
- Abelin, E.L.:
The role of the father in core gender identity and in psychosexual differentiation.
In: R.C. Prall (rep.): The role of the father in the preoedipal years.
J. Amer. Psychoanal. Assn. 26, 143-161 (1978)
- Ahrens, S., H. v. Gyldenfeldt, P. Runde:
Alexithymie, psychosomatische Krankheit und instrumentale Orientierung.
Psychother. med. Psychol. 29, 173-177 (1979)
- Alexander, F.:
The logic of emotions and its dynamic background.
Int.J. Psycho-Anal. 16, 399-413 (1935)
- Alexander, F.:
Psychosomatische Medizin, Grundlagen und Anwendungsgebiete.
De Gruyter, Berlin, 1950
- Alexander, F.:
Psychosomatische Medizin.
2. Aufl., De Gruyter, Berlin, 1971
- Ammon, G.:
Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome
unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik.
Dyn. Psychiat. 5, 223-251 (1972)
- Argelander, H.:
Das Erstinterview in der Psychotherapie. Teil I - III.
Psyche 21, 341-498 (1967)
Als Monographie: Darmstadt 1970
- Argelander, H.:
Der Flieger - Eine charakteristische Fallstudie.
Frankfurt 1972
- Arthur, E.:
Role of perceptions of children with ulcerative colitis.
Arch. gen. Psychiat. 8, 536 (1963)
- Balint, M.:
Angstlust und Regression. Beitrag zur psychologischen Typenlehre.
E. Klett, Stuttgart, 1959
- Balint, M.:
The Basic Fault. London 1968.
Deutsch:
Therapeutische Aspekte der Regression. - Die Theorie der Grundstörung.
Stuttgart 1971
- Barendregt, J.T.:
Lijders aan psychosomatische kwalen als sociaal aangepaste neurotici.
Med. Tijdschr. Geneesk. 102, 2045 ff. (1958)
(zit. n. J. Groen: Methodology of psychosomatic research.
J. Psychosom. Res. 5, 12 ff., 1960)

- Basch, M.F.:
The concept of affect: A re-examination.
J. Amer. Psychoanal. Assn. 24, 759-777 (1976 a)
- Basch, M.F.:
Psychoanalysis and communication science. The Annual of Psychoanalysis, IV, 385-421.
Int. univ. Press, New York, 1976 (b)
- Bastiaans, J.:
The role of aggression in the genesis of psychosomatic disease.
J. Psychosom. Res. 13, 307-314 (1969)
- Bastiaans, J.:
Neue psychodynamische und psychobiologische Aspekte der Hysterie.
Prax. Psychother. 50, 159 (1974)
- Bastiaans, J.:
Der Beitrag der Psychoanalyse zur Psychosomatischen Medizin. In:
Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band II.
Kindler, Zürich, 1976
- Bastiaans, J.:
The implications of the specificity concept for the treatment of psychosomatic patients.
Psychother. Psychosom. 28, 285-293 (1977)
- Bastianns, J.:
Models of teaching psychobiological medicine to medical students.
Bibl. psychiat. 159, 48-61 (1979)
- Bastiaans, J., J. Groen:
Psychogenesis and psychotherapy of bronchial asthma. In:
D. O'Neill (ed.): Modern trends in psychosomatic medicine, pp. 242 ff.
London 1955
- Baumeyer, H.:
Der psychogene akute Herzanfall.
Ztschr. psychosom. Med. 12, 12 ff. (1966)
- Beckmann, D.:
Funktionale Struktur informeller Rollensysteme.
Psyche 27, 718-748 (1973)
- Beckmann, D.:
Paardynamik und Gesundheitsverhalten. In:
H. E. Richter, H. Strotzka, J. Willi (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit.
Rowohlt, Reinbek b. Hbg., 1976
- Beckmann, D., H. E. Richter:
Gießentest (GT). Ein Test zur Individual- und Gruppendiagnostik.
Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1972-1975
- Beckmann, D., H. E. Richter:
Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT), Praxis, Forschung und Tabellen.
Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1979
- Benedek, Th.:
Toward the biology of depressive constellation.
J. Amer. psychoanal. Assn. 4, 389 ff. (1956)
- Bion, W. R.:
Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. (Aus dem Englischen.)
Klett, Stuttgart, 1971

- Blanck, G., R. Blanck:
Ego Psychology: Theory and practice. New York 1974.
Deutsch: Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart 1978.
Ego Psychology II. New York 1979.
Deutsch: Ich-Psychologie II. Psychoanalytische Entwicklungspsychologie. Stuttgart 1980
- Blanck, G., R. Blanck:
Separation-individuation: An organizing principle. In: R.F. Lax, S. Bach, J.A. Burland (eds.): Rapprochement. The critical subphase of separation-individuation. Jason Aronson, New York, London, 1980
- Bockus, H.L.:
Present status of chronic regional or cicatrizing enteritis.
JAMA 127, 449-456 (1945)
- Bockus, H.L.:
Regional enteritis.
Gastroenterology 2, 226-310 (1964)
- Boor, C. de:
Die Colitis ulcerosa als psychosomatisches Syndrom.
Psyche 18, 107 ff. (1964)
- Boor, C. de:
Strukturunterschiede unbewußter Phantasien bei Neurosen und psychosomatischen Krankheiten.
Psyche 18, 664-673 (1964/65)
- Boor, C. de:
Der Einfluß der Entwicklung der psychoanalytischen Theorie auf die Behandlungstechnik.
Psyche 22, 738-747 (1968)
- Boor, C. de, A. Mitscherlich:
Verstehende Psychosomatik: Ein Stiefkind der Medizin.
Psyche 27, 1-20 (1973)
- Boszormenyi-Nagy, I., G. Spark:
Invisible loyalties.
Harper & Row, Hagerstown, Maryland, 1973
- Bowlby, J.:
Die Trennungsangst.
Psyche 15, 411 ff. (1961/62)
- Bräutigam, W.:
„Organwahl“ - „Organsprache“ - „Organspezifität“.
Kolloquium und allgemeine Diskussion auf der 12. Lindauer Psychotherapiewoche am 2.5.1962.
In: G. u. A. Overbeck (Hrsg.): Seelischer Konflikt - Körperliches Leiden.
Rowohlt, Reinbeck, 1962
- Bräutigam, W.:
Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. - Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie.
Stuttgart, 1968
- Braunschweig, D., M. Fain:
Exos et antéros.
Petite Bibliothèque, Payot, Paris, 1971
- Brede, K.:
Die Pseudologik psychosomatischer Störungen. In:
A. Lorenzer, H. Dahmer, K. Horn, K. Brede: Psychoanalyse als Sozialwissenschaft.
edition Suhrkamp 454. Frankfurt a. M., 1971
- Brede, K.:
Sozialanalyse psychosomatischer Störungen.
Zum Verhältnis von Soziologie und Psychosomatischer Medizin.
Frankfurt a. M., 1972

- Brede, K.:
Ein sozialpsychologischer Zugang zur Spezifität psychosomatischer Störungen.
In: G.u.A.Overbeck (Hrsg.): Seelischer Konflikt - Körperliches Leiden.
Rowohlt, Reinbek, 1978
- Brede, K.:
Der Organismus als Problem der Sozialwissenschaften.
In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band IX.
Kindler, Zürich, 1979
- Burch, P.R.J., F.T. De Dombal, G.Watkinson:
Aetiology of ulcerative colitis. II: A new hypothesis.
Gut 10, 277 (1969)
- Busch, F.:
Dimensions of the first transitional object.
Psa.Std.Child 29, 215-229 (1974)
- Busch, F., J.McKnight:
Parental attitudes and the development of the primary transitional object.
Child Psychiat. hum.Devel. 4, 12-20 (1973)
- Busch, F., J.McKnight:
Theme and variation in the development of the first transitional object.
Int.J.Psycho-Anal. 58, 479-468 (1977)
- Cannon, W.B.:
The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory.
Amer.J.Psychol. 39, 106-124 (1927)
- Cannon, W.B.:
Again the James-Lange and the thalamic theories of emotion.
Psychol.Rev. 38, 281-295 (1931)
- Cappannari, S.C., B.Rau, H.S.Abram, D.C.Buchanan:
Voodoo in the general hospital. A case of hexing and regional enteritis.
JAMA 232, 938-940 (1975)
- Castelnuovo-Tedesco, P.:
Ulcerative colitis in an adolescent boy subjected to a homosexual assault.
Psychosomat.Med. 24, 148 ff. (1962)
- Clark, L.D.:
Psychotherapy of ulcerative colitis.
Dis. nerv.Syst. 17, 149 ff. (1956)
- Code, C.F., A.G.Rogers, J.Schlegel, N.C.Hightower, J.A.Bargen:
Motility patterns in the terminal ileum:
studies on two patients with ulcerative colitis and ileac stomas.
Gastroenterol. 32, 651-665 (1957)
- Cohn, E.M., J.Ledermann, E.Score:
Regional enteritis and its relation to emotional disorders.
Amer.J.Gastroenterol. 54, 378-387 (1970)
- Cremerius, J.:
Freuds Konzept über die Entstehung psychogener Körpersymptome.
Psyche 2, 125-139 (1957)

- Cremerius, J.:
Die Situation der Psychosomatischen Medizin und Psychoanalyse
an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland. (1976). In:
J.Cremerius: Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin,
Suhrkamp taschenbuch wissenschaft 225
Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1978
- Cremerius, J., S.O.Hoffmann, W.Hoffmeister, W.Trimborn:
Die manipulierten Objekte. Ein kritischer Beitrag
zur Untersuchungsmethode der französischen Psychosomatik.
Psyche 33, 801-828 (1979)
- Cumms, A.J.:
Small intestinal function in patients with an ileostomy.
Amer.J. Med. 16, 237-245 (1954)
- Cumms, A.J., T.P.Almy:
Studies on the relationship between motility and absorption in the human small intestine.
Gastroenterol. 23, 179-198 (1953)
- Darwin, Ch.:
The expressions of the emotions in man and animals.
John Murray, London, 1872
- Deutsch, H.:
Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia.
Psychoanal.Quart. 11, 301-321 (1942)
- Deutsch, F., W.F.Murphy:
The clinical interview.
New York, 1955
- Dick, A.P., L.P.Holt, E.R.Dalton:
Persistence of mucosal abnormality in ulcerative colitis.
Gut 7, 355 (1966)
- Dicks, H.V.:
Marital tensions. Clinical studies towards a psychological theory of interaction.
Basic Books, New York, 1967
- Drees, A., M.-A.Arnold, H.Freyberger, H.Otto, J.Ritter:
Das Alexithymiekonzept in der Psychosomatik.
Therapiewoche 26, 1067-1077 (1976)
- Dührssen, A.:
Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1972
- Eibl-Eibesfeldt, I.:
Der vorprogrammierte Mensch. - dtv-Wissenschaft 4177.
dtv, München, 1976
- Edelberg, L.:
Pseudo identification.
Int.J. Psycho-Anal. 9, 321-330 (1938)
- Edelberg, L.:
Über die innere und die äußere narzißtische Kränkung.
Psychse 11, 672 ff. (1957/58)
- Ekman, P.:
Darwin and facial expression, a century of research in review.
Academic Press, New York, 1973

- Elhardt, S.:
Aggression als Krankheitsfaktor.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1974
- Engel, G.L.:
Studies in ulcerative colitis. III: The nature of the psychologic processes.
Amer.J.Med. 19, 231ff. (1955)
- Engel, G.L.:
Psychological development in health and disease.
Saunders, Philadelphia, 1962
- Engel, G.L.:
The concept of psychosomatic disorder.
J. Psychosom.Res. 11, 3-9 (1967)
- Engel, G.L.:
A life setting conducive to illness: The giving-up, given-up complex
Ann. Intern.Med. 69, 293-300 (1968)
- Engel, G.L.:
Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit.
Bern, 1970
- Engel, G.L.:
Colitis ulcerosa. In:
Th. v. Uexküll et al. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1979
- Engel, G.L., A.H.Schmale:
Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung.
Psyche 23, 241-261 (1969)
- Engel, G.L., A.H.Schmale:
Conservation-withdrawal: A primary regulatory process for organismic homeostasis.
In: Physiology, emotion and psychosomatic illness, Ciba Foundation Symposium 8, 57-86.
Elsevier, Amsterdam, 1972
- Enke, H.:
Die Stellung der Psychotherapie in der Behandlung der Colitis ulcerosa.
Med.Klin. 58, 478 ff. (1963)
- Enke, H., D.Ohlmeier, J.Nast:
Eine formale Affekt- und Beziehungsanalyse
in Traumserien von Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern.
Ztschr. Psychosomat.Med. 14, 15 ff. (1968)
- Ermann, M.:
Zur Dynamik psychovegetativer Störungen.-Einige empirische Ergebnisse.
Verh. Dtsch.Ges.inn.Med. 84, 1641 (1978)
- Ermann, M.:
Die Psychoanalyse in Psychosomatik und Medizin unserer Zeit.
Prax. Psychother. Psychosom. 25, 115-124 (1980)
- Ermann, M.:
Die Grundstörung bei depressiven Neurosen und psychosomatischen Störungen.
Ztschr. Psychosomat.Med. 26, 310-328 (1980)
- Ermann, M.:
Die psychovegetativen Störungen als ich-strukturelles Problem.
Ztschr. Psychosomat.Med. 28, 255-265 (1982)

Ermann, M.:

Zum ichpsychologischen Verständnis der vegetativen psychosomatischen Störungen.

In: H.H.Studt et al. (Hrsg.): Psychosomatik in Forschung und Praxis.

Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1983

Evans, J.G.:

The epidemiology of Crohn's disease. In:

B.B.Brooke, M.Chir (eds.): Clinics in gastroenterology (Crohn's disease).

Saunders Co. Ltd., N.Y., 1972

Fain, M.:

Régression et psychosomatique.

Rev. franç.Psych. 30, 451-456 (1966)

Fain, M.:

Prélude à la vie fantasmatique.

Rev. franç.Psych. 35, 291-364 (1971)

Auch in: Interprétation, Vol. 5, 22-104 (1971)

Feiereis, H.:

Beobachtungen zur psychischen Struktur bei Colitiskranken.

Verh. Dtsch.Ges.inn.Med. 73, 701 ff. (1967)

Feldman, F.:

Psychiatric study of a consecutive series of 19 patients with Crohn's disease.

Brit.Med.J. 4, 711-714 (1967)

Feldman, F., et al.:

Psychiatric studies of a consecutive series of 34 patients with ulcerative colitis.

Brit.Med.J. 4, 14-17 (1967)

Fenichel, O.:

Nature and classification of the so-called psychosomatic phenomena.

In: The collected papers of Otto Fenichel, 2: 305-323

W.W.Norton, New York, 1954

Fenichel, O.:

The psychoanalytic theory of neurosis. (Reprint der 1.Aufl. von 1946)

London, 1966

Flannery, J.G.:

Alexithymia. I: The communication of physical symptoms.

Psychother.Psychosom. 28, 133-140 (1977)

Alexithymia. II: The association with unexplained physical distress.

Psychother.Psychosom. 30, 193-197 (1978)

Flynn, W.E.:

Managing the emotional aspects of peptic ulcer and ulcerative colitis.

Postgrad.Med. 47, 119 ff. (1970)

Ford, C.V., G.A.Glober, P.Castelnuovo-Tedesco:

A psychiatric study of patients with regional enteritis.

JAMA 208, 311-315 (1969)

Freiwald, M., R.Liedtke, S.Zepf:

Die Imagination des erkrankten Organs

von Patienten mit Colitis ulcerosa und funktionellen Herzbeschwerden

im experimentellen karathymen Bilderleben.

Psychother.med.Psychol. 25, 15 ff. (1975)

- Freud, S.:
Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. G.W. I.
1893
- Freud, S.:
Die Abwehr-Neuropsychosen. G.W. I.
1894
- Freud, S.:
Entwurf einer Psychologie. (1895)
In: S.Freud: Aus den Anfängen der Psychoanalyse.
Briefe an W.Fliess, Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1877-1902.
London, 1950
- Freud, S.:
Zur Ätiologie der Hysterie. G.W. I.
1896
- Freud, S.:
Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. G.W. V.
1905
- Freud, S.:
Jenseits des Lustprinzips. G.W. XIII.
1920
- Freud, S.:
Das Unbehagen in der Kultur. G.W. XIV.
1930
- Freyberger, H.:
Psychosomatische Aspekte bei Colitis ulcerosa.
In: Dünndarm-Dickdarm. Fünfte Bad Mergentheimer Stoffwechsel-Tagung.
Thieme, Stuttgart, 1970
- Freyberger, H.:
Colitis ulcerosa. Psychosomatik und Psychotherapie. In:
C.Krauspe, K.Müller-Wieland, F.Stelzner (Hrsg.):
Colitis ulcerosa und granulomatosa, S. 265 ff.
München, 1972
- Freyberger, H.:
Die Psychosomatik der Kranken mit Colitis ulcerosa, M.Crohn und funktionellen Diarrhoen.
In: A.Jores (Hrsg.): Praktische Psychosomatik.
Stuttgart, 1976
- Freyberger, H.:
„Symptom“, „Konflikt“ und Persönlichkeit in der Behandlung psychosomatischer Patienten.
Prax.Psychother. 21, 121-131 (1976)
- Freyberger, H.:
Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia.
Psychother. Psychosom. 28, 337-342 (1977)
- Freyberger, H.:
Students working as auxiliary therapists
with groups of psychosomatic and organically ill patients.
Bibliotheca psychiat. 159, 62-70 (1979)
- Friedman, J.:
Roentgen studies of effects on small intestine from emotional disturbances.
Amer.J.Roentgen 72, 367-379 (1954)

- Friedman, L.J.:
Current psychoanalytic object relations theory and its clinical implications.
Int.J. Psychoanal. 56, 137-146 (1975)
- Fürstenauf, P., E.Mahler, H.Morgenstern, H.Müller-Braunschweig, H.E.Richter:
Untersuchungen über Herzneurose.
Psyche 18, 177 ff. (1964)
- Gaddini, R.:
The pathology of self as a basis of psychosomatic disorders.
Psychother.Psychosom. 28, 260-271 (1977 a)
- Gaddini, R.:
Early psychosomatic pathology.
Psychother.Psychosom. 31, 121-127 (1979 a)
- Garma, A.:
Oral-digestive Superego aggressions and actual conflicts in peptic ulcer patients.
Int.J.Psychoanal. 38, 73-81 (1957)
- Garner, A.M., Ch.Wenar:
The mother-child interaction in psychosomatic disorders. (S. 104 f.)
Urbana, 1959
- Glatzel, H.:
Ulkuspersönlichkeit und Ulkuserlebnis.
Klin.Wschr. 24/25, 257 (1947)
- Glatzel, H.:
Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit: Ergebnisse einer klinischen Arbeitsrichtung.
Ztschr. Psychosom.Med. 1, 11-21 (1954)
- Gedo, J.:
Beyond interpretation: toward a revised theory for psychoanalysis.
Int.Univ.Press, New York (1979 b)
- Gerard, M.W.:
Genesis of psychosomatic symptoms in infancy. In:
F.Deutsch (Hrsg.): The psychosomatic concept in psychoanalysis, pp. 82 ff.
New York, 1953
- Goldberg, D.:
Psychiatric study of patients with diseases of the small intestine.
Gut 11, 459-465 (1969/70)
- Grace, W.J.:
Life-stress and regional enteritis.
Gastroenterol. 23, 542-553 (1953)
- Green, M., A.J.Solnit:
Reactions to the threatened loss of a child: the vulnerable child syndrome.
Pediatrics 34, 58 ff. (1964)
- Grinker, R.R.:
Some current trends and hypotheses of psychosomatic research. In:
F.Deutsch (Hrsg.): The psychosomatic concept in psychoanalysis, pp. 37 ff.
New York, 1953
- Grinker, R.R.:
Die Physiologie der Affekte.
Psyche 15, 38 ff. (1961/62)

- Groen, J., J.Bastianns:
Studies on ulcerative colitis:
Personality structure, emotional conflict situations and effect of psychotherapy.
In: D.O'Neill (ed.): Modern trends in psychosomatic medicine, pp.102 ff.
London, 1955
- Green, J., J.M.van der Valk:
Psychosomatic aspects of ulcerative colitis.
Gastroenterol. 86, 591 ff. (1956)
- Grunberger, B.:
Le narcissisme. Paris, 1971
Deutsch: Vom Narzißmus zum Objekt. Frankfurt a.M., 1976
- Guntern, G.:
Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma.
Familiendynamik 1/80, 2-41
- Hebermas, J.:
Erkenntnis und Interesse.
Frankfurt a.M., 1968
- Hahn, W.W., J.A.Clark:
Psychophysiological reactivity of asthmatic children.
Psychosom.Med. 29, 526 ff. (1967)
- Hammer, B., P.Ashurst, J.Naish:
Disease associated with ulcerative colitis and Crohn's disease.
Gut 9, 17-21 (1968)
- Hartmann, G.:
Über die Ileitis terminalis.
Acta neuroveget. 1, 171-206 (1950)
- Heigl-Evers, A.:
Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1972
- Heigl-Evers, A., F.Heigl:
Geben und Nehmen in der Ehe.
München, 1975
- Heim, E.:
Einleitung zu: G.L.Engel: Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit.
Bern, Stuttgart, Wien, 1970
- Heimann, P.:
Comments on Dr. Kernberg's paper.
Int.J. Psycho-Anal. 47, 254- 260 (1966)
- Heim, J.D., P.Kramer, R.M.Macdonald, F.J.Ingelfinger:
Changes in motility of the human small intestine during slepp.
Gastroenterol. 10, 135-137 (1948)
- Herrmann, Th.:
Psychologische Theorien - nicht als Aussagengefüge betrachtet.
Ber. Psychol.Inst.Uni.Marburg Nr. 42 (1974)
- Hines, L.E., H.C.A.Mead:
Peristalsis in a loop of small intestine.
Arch. Intern.med. 38, 536-543 (1926)
- Hoffer, W.:
Defensive process and defensive organization:
their place in psycho-analytic technique.
Int.J. Psycho-Anal. 35, 194-198 (1954)

- Holder, A., C.Dare:
Narzissmus, Selbstwertgefühl und Objektbeziehungen.
Psyche 36, 788-812 (1982)
- Horn, K., Ch.Beier, M.Wolf:
Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle.
Eine empirische Untersuchung subjektiver Sinnstrukturen.
Westdttsch.Vlg., Opladen, 1983
- Ingelfinger, F.J., W.O.Abbott:
Intubation studies of the human small intestine.XX:
The diagnostic significance of motor disturbances.
Amer. J.Dig.Dis. 7, 468-474 (1940)
- Jackson, D.D., I.Yalom:
Family research on the problem of ulcerative colitis.
Arch.gen.Psychiat. 15, 410 ff. (1966)
- Jacobson, E.:
The self and the object world. New York, 1964
Deutsch: Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt a.M., 1973
- James, M.:
Anxiety, socialization and ego formation in infancy.
Comment on the paper by Drs. Axelrad and Brody.
Int.J.Psycho-Anal. 47, 230-235 (1966)
- Joffe, W., J.Sandler:
Über einige begriffliche Probleme
im Zusammenhang mit dem Studium narzistischer Störungen.
Psyche 21, 152-165 (1967)
- Joraschky, P., K.Köhle:
Maladaptation und Krankheitsmanifestation. Das Streßkonzept in der
Psychosomatischen Medizin. In: Th.v.Uexküll et al. (Hrsg.), 1979
- Jores, A.:
Psychopathologische Befunde bei Patienten mit Colitis ulcerosa.
Ther.Umsch. 26, 5 ff. (1969)
- Jost, R.:
Ist die Ileitis terminalis eine psychosomatische Krankheit?
(Kasuistik im Rahmen einer Nachuntersuchung)
Diss., Mainz, 1968
- Kamper, D., V.Rittner (Hrsg.):
Zur Geschichte des Körpers. Perspektiven der Anthropologie.
C.Hanser, München, Wien, 1976
- Karush, A., G.E.Daniels, J.F.O'Connors, L.O.Stern:
The response to psychotherapy in chronic ulcerative colitis.
Psychosom. Med. 30, 255 (1968)
- Kernberg, O.:
Structural derivatives of object relationships.
Int.J. Psycho-Anal. 47, 236-253 (1966)
- Kernberg, O.:
Early ego integration and object relations.
Annals N.Y.Acad. Sci. 193, 233 ff. (1972)

- Kernberg, O.:
Borderline conditions and pathological narcissism.
J. Aronson, New York, London, 1975
Deutsch: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus.
Frankfurt a. M., 1978
- Khan, M.M.R.:
Das kumulative Trauma.
1963 (In: M.M.R.Khan, 1977)
- Khan, M.M.R.:
Ich-Verzerrung, kumulatives Trauma
und die Rolle der Rekonstruktion in der analytischen Situation.
1964 (In M.M.R.Khan, 1977)
- Khan, M.M.R.:
Selbsterfahrung in der Therapie. Theorie und Praxis. (Geist und Psyche 2189)
Kindler, München, 1977
- Kirsner, J.B.:
Ulcerative colitis, mysterious, multiplex and menacing.
J. chron. Dis. 23, 681 (1971)
- Kirsner, J.B., J.A.Spencer:
Familiy occurrence of ulcerative colitis. Regional enteritis and ileocolitis.
Ann. intern. Med. 59, 133 (1963)
- Klein, G.S.:
The principle of self initiated active reversal of passive experience.
In: G.S.Klein: Psychoanalytic theory. An exploration of essentials.
Int. Univ. Press, New York, 1976 (a)
- Klein, G.S.:
The vital pleasures.
In: G.S.Klein: Psychoanalytic theory. An exploration of essentials.
Int. Univ. Press, New York, 1976 (b)
- Klein, M.:
New directions in psychoanalysis.
Tavistock, London, 1955
- Klusmann, R.:
Lebensbedrohliche Zustände in der psychosomatischen Medizin.
Forum d. prakt. Arztes 17, 212-219 (1978)
- Knapp, P.H., S.J.Nemetz:
Personality variations in bronchial asthma.
Psychosom. Med. 19, 443 ff. (1957)
- Köhle, K.:
Panel- and plenum discussion: psychotherapeutic problems with psychosomatic patients.
In: W.Bräutigam, M.v. Rad (eds.): Toward a theory of psychosomatic disorders. S.364.
S. Karger, Basel, München, Paris, London, New York, 1977
- Kohut, H.:
Formen und Umformungen des Narzißmus.
Psyche 20, 561-587 (1966)
- Kohut, H.:
The analysis of the self. New York, 1971
Deutsch: Narzißmus. Frankfurt a.M., 1973 (a)
- Kohut, H.:
Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut.
Psyche 27, 513-554 (1973 b)

- Kohut, H.:
The restoration of the self. New York, 1977
Deutsch: Die Heilung des Selbst. Frankfurt a.M., 1979
- Kraft, I.A.:
A psychiatric study of children with diagnosis of regional ileitis.
South Med.J. 57, 799-802 (1964)
- Kramer, S.:
Vicissitudes of infantile omnipotence.
J.Am.Psa.Ass. 22, 588-603 (1974)
- Kramer, S.:
zit. nach R.C.Prall, a.a.O. (1978)
- Kreisler, L., M.Fain, M.Soulé:
L'enfant et son corps, le fil rouge.
P.U.F., Paris, 1974
- Kreitman, N., Y.Collins, B.Nelson, J.Troop:
Neurosis and marital interaction. IV. Manifest Psychological Interaction.
Brit.J.Psychiat. 119, 243-252 (1971)
- Kretz, H.:
Die Bedeutung der sozialen Medizin für die Ausbildung von Sozialarbeitern.
Neue Praxis 3, 209-214 (1973)
- Kuhn, T.S.:
The structure of scientific revolutions. Chicago, 1962
Deutsch: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a.M., 1967
- Kuhn, T.S.:
Logic of discovery or psychology of research. In:
I.Lakatos, A.Musgrave (eds.): Criticism and the growth of knowledge.
Cambridge Univ.Press, London, 1970 (a)
- Kuhn, T.S.:
Reflections on my critics. In:
I.Lakatos, A.Musgrave (eds.): Criticism and the growth of knowledge, pp. 231-278.
Cambridge Univ.Press, London, 1970 (b)
- Kutter, P.:
Die menschlichen Leidenschaften.
Kreuz, Berlin, Zürich, 1978
- Kutter, P.:
Psychoanalyse im Wandel.
Akzentverlagerungen in der neueren psychoanalytischen Theorie.
Psyche 28, 385-394 (1979)
- Laing, R.D.:
Mystifizierung, Konfusion und Konflikt. In:
G.Bateson u.a. (Hrsg.): Schizophrenie und Familie, S. 207-304.
Frankfurt a.M., 1969
- Laing, R.D.:
Das geteilte Selbst. (Aus d.Engl.)
Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1972
- Laing, R.D.:
Das Selbst und die Anderen. (Aus d.Engl.)
Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1973
- Lepore, M.J.:
The importance of emotional disturbances in chronic ulcerative colitis.
J.Amer.Med.Ass. 191, 819 ff. (1965)
- Lichtenberg, J.D.:
The testing of reality from the standpoint of the body self.
J.Amer.Psychoanal.Assn. 26, 357-383 (1978)

- Lichtenstein, H.:
Identity and sexuality.
J. Amer. Psychoanal. Assn. 9, 179 ff. (1961)
- Lichtenstein, H.:
The role of narcissism in the emergence and maintenance of primary identity.
Int. J. Psycho-Anal. 45, 49-56 (1964)
- Lidz, Th., A.R. Cornelison, S. Fleck, D. Terry:
The intrafamilial environment of schizophrenic patients.
II. Marital schism and marital skew.
Am. J. Psychiat. 114, 241 (1957)
- Lindemann, E.:
Modification in the course of ulcerative colitis
in relationship to changes in life situations and reaction patterns.
Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis. 29, 706 ff. (1950)
- Liss, J., C.N. Sharma:
Multi-generational dynamics in a case of ulcerative colitis.
Psychiat. Quart. 44, 461 ff. (1970)
- Loch, W.:
Vegetative Dystonie, Neurasthenie und das Problem der Symptombwahl.
Psyche 13, 49-62 (1959)
- Loch, W.:
Über Zusammenhänge zwischen Partnerschaft, Strukturbildung und Mythos. In:
W. Loch: Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse.
Frankfurt a.M., 1969
- Loch, W.:
Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse.
Frankfurt a.M., 1972
- Loewald, H.W.:
Das Ich und die Realität.
Psyche 36, 769-787 (1982)
- Lorenzer, A.:
Sprachzerstörung und Rekonstruktion.
Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse.
Frankfurt a.M., 1970
- Lorenzer, A.:
Über den Gegenstand der Psychoanalyse, oder: Sprache und Interaktion.
Frankfurt a.M., 1973
- Lorenzer, A.:
Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis.
Ein historisch-materialistischer Entwurf.
Frankfurt a.M., 1974
- Lorenzer, A., P. Orban:
Transitional objects and phenomena: sozialization and symbolization.
S.A. Grolnick, L. Barkin (eds.):
Between reality and fantasy. Transitional objects and phenomena.
J. Aronson, New York, London, 1977
- Lüders, W.:
Psychoanalyse versus Familientherapie, kritische Glosse (1).
Psyche 37, 462-469 (1983)

- Mac Lean, P.D.:
Psychosomatic disease and the 'visceral brain'.
Psychosom.Med. 1, 338-353 (1949)
- Mahler, M.S.:
On the first three subphases of the separation-individuation process.
Int.J. Psycho-Anal. 53, 333-338 (1972)
- Mahler, M.S.:
On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. New York, 1968
Deutsch:
Symbiose und Individuation, Bd.1: Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart, 1972
- Mahler, M.S.:
A study of the separation-individuation process:
And its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation.
In: Psa.Std. Child 26, 403-424 (1971).
Deutsch: Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses
für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen.
Psyche 29, 1078-1095 (1975)
- Mahler, M.S., F.Pine, A.Bergman:
The psychological birth of the human infant.
Basic Books, New York, 1975
Deutsch:
Die psychische Geburt des Menschen - Symbiose und Individuation.
Frankfurt a.M., 1978
- Margolin, S.G.:
Das Verhalten des Magens während der psychoanalytischen Behandlung.
Psyche 6, (1952/53)
- Margolin, S.G.:
Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes. In:
F.Deutsch (Hrsg.): The psychosomatic concept in psychoanalysis, pp.3 ff.
New York, 1953
- Martin, I.:
Observations on small intestinal hypomotility and states of hypertonicity
arising from functional bases.
Am.J. Med. 8, 196 (1950)
- Marty, P.:
La relation objectal allergique.
Rev.franç. Psychoanal. 22, 5-35 (1958)
- Marty, P.:
Notes cliniques et hypothèses et apropos de l'économie de l'allergie.
Rev.franç. Psychoanal. 33, 244-253 (1969)
- Marty, P.:
Die „allergische Objektbeziehung“. In: K.Brede (Hrsg.):
Einführung in die Psychosomatische Medizin - Klinische und theoretische Beiträge,
S. 420 ff.
Frankfurt a.M., 1974
- Marty, P.:
Les mouvements individuels de vie et de mort.
Payot, Paris, 1976
- Marty, P., M.de M'Uzan:
La pensée opératoire.
Rev.franç. Psychoanal. 27.(Suppl.), 345 ff. (1963)

Marty, P., M. de M'Uzan, M. et C. David:

L'investigation psychosomatique.

Paris, 1963

Masterson, J.F.:

Psychotherapie bei Borderline-Patienten.

Stuttgart, 1980

McDermott jr., J.F., S.M.Finch:

Ulcerative colitis in children.

J. Acad.Child.Psychiat. 6, 512 ff. (1967)

Mc Kegney, F.P.:

A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease.

Psychosom.Med. 32, 153-166 (1970)

McMahon, A.W., T.H.Schmitt, J.F.Patterson, E.Rothmann:

Personality differences between inflammatory bowel disease patients and their healthy siblings.

Psychosom.Med. 35, 2 (1973)

Meerwein, F.:

Die Grundlagen des ärztlichen Gesprächs.

Eine Einführung in die psychoanalytische Psychosomatik. (S. 198 f.)

Bern, 1969

Meissner, W.W.:

The role of imitative social learning in identificatory processes.

J. Am.Psa.Ass. 22, 512-536 (1974)

Mersereau, B.S.:

Regional ileitis in depressed patients.

Amer.J.Psychiat. 119, 1099-1100 (1963)

Mertens, W. (Hrsg.):

Neue Perspektiven der Psychoanalyse.

Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1981 (a)

Mertens, W.:

Psychoanalyse. UTB 337.

Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1981 (b)

Michaels, J.J.:

Diskussionsbemerkung. In:

F.Deutsch (Hrsg.): The psychosomatic concept in psychoanalysis, S. 144 ff.
New York, 1953

Miller, A.:

Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst.

Frankfurt, 1979

Miller, R.C.:

Regional enteritis in early infancy.

Amer.J. Dis.Child. 122, 301-311 (1971)

Miller, H., D.W.Baruch:

A study of hostility in allergic children.

Amer.J.Orthopsychiat. 20, 506 ff. (1950)

Minuchin, S., L.Baker, B.Rosman, R.Liebman, L.Milman, T.Todd:

A conceptual model of psychosomatic illness in children.

Arch. gen.Psychiat. 32, 1031-1038 (1975)

- Minuchin, S., B.Rosman, L.Baker:
Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context.
Harvard Univ.Press, Cambridge/Mass., 1978.
Deutsch: Psychosomatische Krankheiten in Familien.
Klett-Cotta, Stuttgart, 1981
- Mitscherlich, A.:
Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens.
Psyche 15, 1-25 (1961/62)
- Mitscherlich, A.:
Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. I. edition Suhrkamp 164
Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1966, 3.Aufl. 1968
- Mitscherlich, A.:
Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. II.edition Suhrkamp 237
Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1967, neue Aufl. 1969
- Mitscherlich, M.:
Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychosomatische Theorie. In:
G. u. A. Overbeck (Hrsg.): Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. S. 195-200.
Hamburg, 1978
- Mitscherlich-Nielsen, M.:
Zur Psychoanalyse der Weiblichkeit.
Psyche 32, 669-694 (1978)
- Moersch, E. et al.:
Zur Psychopathologie von Herzinfarkt-Patienten.
Psyche 34, 493-587 (1980)
- Mohr, G.J., I.M.Josselyn, J.Spurlock, S.H.Barron:
Studies in ulcerative colitis.
Amer.J.Psychiat. 114, 1067 ff. (1958)
- Morgenthaler, F.:
Die Stellung der Perversionen in Metapsychologie und Technik.
Psyche 28, 1077-1098 (1974)
- Morris, P.J.:
Familial ulcerative colitis.
Gut 6, 176 (1965)
- Morrison, L.M.:
A program of medical treatment for chronic ulcerative colitis.
Rev. Gastroenterology 20, 744 ff. (1953)
- Müller-Eckhardt, H.:
Die Krankheit, nicht krank sein zu können. In:
W.Bräutigam (Hrsg.): Medizinisch-Psychologische Anthropologie. S. 113-142.
Wissensch.Buchgesellschaft, Darmstadt, 1980
- Musaph, H.:
Dermatologische Psychosomatik. In: H.Freyberger (Hrsg.):
Psychosomatik des Kindesalters und der erwachsenen Patienten.
Klinik der Gegenwart, 11, 722-731 (1977 a)
- Musaph, H.:
The role of aggression in somatic symptom formation.
In: Z.J.Lipowski et al. (eds.), 1977 (b)
- Musaph, H.:
On the relationship of aggression to illness.
Bibliotheca psychiat. 159, 107-113 (1979)

- Nemiah, J.C.:
Denial revisited. Reflections on psychosomatic theory.
Psychother. Psychosom. 26, 140-147 (1975)
- Nemiah, J.C.:
Alexithymia. Theoretical considerations.
Psychother. Psychosom. 28, 199-206 (1977)
- Nemiah, J.C., P.Sifneos:
Psychosomatic illness: a problem of communication.
Psychother. Psychosom. 18, 154-160 (1970a)
- Nemiah, J.C., P.Sifneos:
Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In:
O.W.Hill (ed.): Modern trends in psychosomatic medicine, Vol.2.
Butterworths, London, 1970 (b)
- Newell, H.W.:
The psychodynamics of maternal rejection.
Amer.J.Orthopsychiat. 4, 387 ff (1934)
- Newell, H.W.:
Further study of maternal rejection.
Amer.J.Orthopsychiat. 6, 376 ff (1936)
- Nielsen, J.:
Mental disorders in married couples (assortative mating).
Brit.J.Psychiat. 110, 683-697 (1964)
- Overbeck, G.:
Objektivierende und relativierende Beiträge
zur pensée opératoire der französischen Psychosomatik.
Habilitationsschrift, Gießen, 1975
- Overbeck, G.:
Das psychosomatische Symptom.
Psychische Defizienzerscheinung oder generative Ichleistung.
Psyche 31, 333-354 (1977)
- Overbeck, G., D.Beckmann:
Einige Überlegungen zur Psychodynamik der Ulkuskranken anhand des Gießen-Tests.
Psychother. Psychosom. 24, 1-17 (1974)
- Overbeck, G., W.Biebl:
Psychosomatische Modellvorstellungen zur Pathogenese der Ulkuskrankheit.
Psyche 29, 542-567 (1975)
- Parfitt, H.L.:
Psychiatric aspects of regional enteritis.
Canad.Med.Ass.J. 97, 807-811 (1967)
- Paulley, J.W.:
Regional ileitis.
Lancet i., 923 (1948)
- Paulley, J.W.:
Ulcerative colitis, 173 cases.
Gastroenterol. 16, 566 (1950)
- Paulley, J.W.:
Crohn's disease.
Lancet i.i., 959-960 (1958)
- Paulley, J.W.:
Stress and the gut.
Brit.J.Clin.Pract. 13, 314-320 (1959)

- Paulley, J.W.:
Crohn's disease. Treatment by corticosteroids, antibiotics and psychotherapy.
Psychother. Psychosom. 19, 111-117 (1971)
- Paulley, J.W.:
Psychological management of Crohn's disease.
Practitioner 213, 59 (1974)
- Penrose, L.:
Mental illness in husband and wife.
Psychiat.Quart., Suppl. 18 (1944)
- Plaum, F.G., S.Stephanos:
Die klassischen psychoanalytischen Konzepte der „pensée opératoire“. In:
Th. v. Uexküll et al. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1979
- Pohlen, M., T.Plänkers:
Familientherapie. Von der Psychoanalyse zur psychosozialen Aktion.
Psyche 36, 416-452 (1982)
- Poser, E.G., S.G.Lee:
Thematic content associated with two gastrointestinal disorders.
Psychosom.Med. 25, 162 (1963)
- Prall, R.C. (rep.):
The role of the father in the preoedipal years.
J.Amer.Psychoanal.Assn. 26, 143-161 (1978)
- Prugh, D.G.:
The influence of emotional factors
on the clinical course of ulcerative colitis in children.
Gastroenterol. 18, 339 ff. (1951)
- Rad, M.v.:
Krankheit als psychosomatisches Problem. In:
M.v.Rad (Hrsg.): Anthropologie als Thema von psychosomatischer Medizin und Theologie.
Kohlhammer, Stuttgart, 1974
- Rad, M.v.:
Das psychosomatische Phänomen.
Eine empirische Untersuchung psychosomatischer und psychoneurotischer Patienten.
Habilitationsschrift, Heidelberg, 1977
- Rad, M.v.:
Comments on theory and therapy of psychosomatic patients with a follow-up study.
Psychother. Psychosom. 32, 118-127 (1979)
- Rad, M.v., L.Lalucat, F.Lolas:
Differences of verbal behaviour in psychosomatic and psychoneurotic patients.
Psychother. Psychosom. 28, 83-97 (1977)
- Rechenberger, I.:
Tiefenpsychologisch ausgerichtete Diagnostik und Behandlung von Hautkrankheiten.
V. ndenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1976
- Rechenberger, I.:
Dermatologie. In:
Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band IX.
Kindler, Zürich, 1979
- Rees, L.:
The significance of parental attitudes in childhood asthma.
J.Psychosom.Res. 7, 181 ff. (1967)

- Reinhart, J.B., R.C.Succop:
Regional enteritis in pediatric patients.
J. Amer. Acad. Child Psycho. 72, 252 (1968)
- Richter, H.E.:
Die Gruppe.
Rowohlt, Reinbek, 1972
- Richter, H.E., D.Beckmann:
Zur Psychologie und Therapie der Herzneurose.
Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 73, 181 ff. (1967)
- Richter, H.E., D.Beckmann:
Herzneurose.
Thieme, Stuttgart, 1969
- Riemer, M.D.:
Ileitis - underlying aggressive conflicts. Preliminary report.
New York J. Med. 60, 552-557 (1960)
- Ritvo, S., A.J.Solnit:
Auswirkungen früher Mutter-Kind-Beziehungen auf die Identifizierungsvorgänge.
Psyche 16, 176 ff. (1961/62)
- Rorschach, H.:
Psychodiagnostik.
Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 9. Aufl., 1972
- Rosenkötter, L.:
Die Verwendung des Strukturmodells und des Symbolbegriffs der Psychoanalyse.
Psyche 24, 641-656 (1970)
- Ross, W.D.:
The person with ulcerative colitis.
Canad. med. Ass. J. 58, 326 ff. (1948)
- Roth, H.P., R.N.Ferrer, M.A.Petti, M.W.Evans:
Motility of the small intestine during emotional reactions.
Am. Intern. Med. 38, 38-52 (1953)
- Rotmann, M.:
Über die Bedeutung des Vaters in der „Wiederannäherungs-Phase“.
Psyche 32, 1105-1147 (1978)
- Rubinstein, S.L.:
Grundlagen der allgemeinen Psychologie. (S.404)
Berlin, 7. Aufl., 1971
- Rudolf, G.:
Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1979
- Rudolf, G.:
Untersuchung und Befund bei Neurosen und Psychosomatischen Erkrankungen.
Beltz, Weinheim, Basel, 1981
- Ruesch, J.:
The infantile personality.
Psychosom. Med. 10, 134 ff. (1948)

- Sadler, H.H., A.U.Orten:
The complementary relationship
between the emotional state and the function of the ileum in a human subject.
Amer.J.Psychiat. 124, 69-78 (1968)
- Sami-Ali, M.:
Préliminaire d'une théorie psychoanalytique de l'espace imaginaire.
Rev. franç. psych. 33, 25-76 (1969a)
- Sami-Ali, M.:
Etude de l'image du corps dans l'urticaire.
Rev. franç. psych. 33, 201-226 (1969b)
- Sami-Ali, M.:
L'espace imaginaire.
In: Collection: Connaissance de l'inconscient.
Gallimard, Paris, 1974
- Sandler, J.:
Zum Begriff des Über-Ichs.
Psa.Std.Child 15, 128-162 (1960)
- Sandler, J.:
Unbewußte Wünsche und menschliche Beziehungen.
Psyche 36, 59-74 (1982)
- Sandler, J., W.G.Joffe:
Towards a basic psychoanalytic model.
Int.J. Psycho-Anal. 50, 79 ff. (1969)
- Sandler, J., B.Rosenblatt:
The concept of representational world.
Psychoanal. Study Child 17, 128-145 (1962)
- Sandler, J., A.M.Sandler:
On the development of object relationships and affects.
Int.J. Psycho-Anal. 59, 285-296 (1978)
- Schefflen, A.E.:
Regressive one-to-one relationships.
Psychiat.Quart. 23, 692 (1960)
- Schellack, D.:
Neurosenpsychologische Faktoren
in der Ätiologie und Pathogenese der afebrilen Colitis ulcerosa chronica.
Z. psychosom.Med. 1, 18 (1954/55)
- Schmale, A.H., jr.:
Needs, gratification, and the vicissitudes of self-representation.
Psychoanal.Stud.Soc. 2, 9 ff. (1962)
- Schmale, A.H., jr.:
A genetic view of affects:
with special reference to the genesis of helplessness and hopelessness.
Psychoanal. Study Child 19, 287-310 (1964)
- Schmale, A.H., jr., S.Meyerowitz, D.C.Tingling:
Current concepts of psychosomatic medicine. In:
O.W.Hill (ed.): Modern trends in psychosomatic medicine, Vol. 2.
Butterworths, London, 1970
- Schneider, P.-B.:
Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychosomatischer Medizin.
Psyche 27, 21-49 (1973)

- Schuhmacher, W.:
Bemerkungen zur Theorie des Narzissmus.
Psyche 24, 1ff. (1970)
- Schultheis, K.H.:
Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn. In:
Th.v.Uexküll (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1979
- Schultz-Hencke, H.:
Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
Stuttgart, 1951
- Schur, M.:
Comments on the metapsychology of somatization.
Psychoanal. Study Child 10, 199-218 (1955)
- Schwider, W.:
Zur spezifisch neurotischen Persönlichkeitsstruktur von chronischen Ulkuskranken.
Z. Psycho-som.Med. 7, 146-148 (1961)
- Sheffield, B.F.:
Crohn's disease: a psychosomatic illness?
Brit.J.Psychiat. 128, 446-450 (1976)
- Shorter, R.G., K.A.Huizenga, R.J.Spencer, S.K.Guy:
Inflammatory bowel disease. The role of lymphotoxin
in the cytotoxicity of lymphocytes for colonic epithelial cells.
Am.J.Dig.Dis. 17, 689-696 (1972)
- Sifneos, P.E.:
Assent from chaos. A psychosomatic case study.
Harvard Univ.Press, Cambridge/Mass., 1964
- Sifneos, P.E.:
Clinical observations on some patients
suffering from a variety of psychosomatic diseases.
Acta med.psychosom. 1967, 1-10 (1967)
- Sifneos, P.E.:
The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients.
Psychother.Psychosom. 22, 255-262 (1973)
- Singer, H.C., J.G.D.Anderson et al.:
Familial aspects of inflammatory bowel disease.
Gastroenterol., 61, 423-430 (1971)
- Slater, E., M.Woodside:
Patterns of marriage.
Cassell, London, 1951
- Sperling, M.:
Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children.
Psychoanal.Quart. 15, 302ff. (1946)
- Sperling, M.:
The role of the mother in psychosomatic disorders in children.
Psychosom.Med. 11, 377ff. (1949)
- Sperling, M.:
Psychiatrische Aspekte der Colitis ulcerosa.
Z. psychosom. 5, 171ff. (1958/59)
- Sperling, M.:
The psycho-analytic treatment of a case of chronic regional ileitis.
Int.J.Psychoanal. 41, 612-618 (1960)

- Spitz, R.A.:
The psychogenic diseases in infancy: an attempt at their etiologic classification.
Psychoanal. Study Child 6, 255 ff. (1951)
- Spitz, R.A.:
No and yes.
Int.Univ.Press, New York, 1957
- Spitz, R.A.:
A genetic field theory of ego formation: its implications for pathology.
Int.Univ.Press, New York, 1959
- Spitz, R.A.:
The first year of life.
Int.Univ.Press, New York, 1965
- Spitz, R.A.:
Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung.
S. Fischer, Frankfurt a. M., 1972
- Stegmüller, W.:
Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und Analytischen Philosophie.
Berlin, Heidelberg, New York.
Bd.I: Erklärung und Begründung. 1969
Bd.II, 2.Halbbd.: Theorienstrukturen und Theoriendynamik. 1973
- Stephanos, S.:
Analytisch-Psychosomatische Therapie.
Huber, Bern, 1973
- Stephanos, S.:
Über die Objektbeziehungen der psychosomatischen Patienten.
Ztschr. Psychosom.Med. Psychoanal. 21, 1-15 (1975)
- Stephanos, S.:
Die analytisch-psychosomatische Theorie und ihre therapeutischen Modelle. .
Prax. Psychother. Psychosom. 24, 113-121 (1979 a)
- Stephanos, S.:
Libidinal cathexis and emotional growth
in the analytical treatment of psychosomatic patients.
Psychother. Psychosom. 32, 101-111 (1979 b)
- Stephanos, S., F.Berger:
Das Konzept der "pensée opératoire" und "das psychosomatische Phänomen".
In: Th. v. Uexküll (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1979 (a)
- Stephanos, S., F.Berger:
Theorie und Praxis der analytisch-psychosomatischen Therapie.
In: Th. v. Uexküll (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1979 (b)
- Stewart, W.A.:
Psychosomatic aspects of regional ileitis.
New York State J. Med. 49, 2820-2824 (1949)
- Stierlin, H.:
Conflict and reconciliation.
Doubleday Anchor and Science House, New York, 1969
- Stierlin, H.:
The functions of inner objects.
Int.J. Psychoanal. 51, 321-329 (1970)

- Stierlin, H.:
Family dynamics and separation patterns of potential schizophrenics. In:
Alanen and Rubinstein, Proc. 4th Int. Symp. Psychother. of Schizophrenia.
Excerpta Med., Amsterdam, 1972
- Stierlin, H.:
Trennungskonflikte bei Jugendlichen.
Psyche 28, 719-746 (1974)
- Stierlin, H.:
Funktion der inneren Objekte. In:
H. Stierlin: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie.
Klett, Stuttgart, 1975
- Stierlin, H.:
Psychosomatische Erkrankungen als Störungen der Differenzierung - Integration.
Fam. Dyn. 4, 245-246 (1976)
- Stierlin, H.:
Psychoanalyse versus Familientherapie. Kurzmitteilung.
Psyche 37, 73-75 (1983)
- Stierlin, H., M. Wirsching, W. Knauss:
Family dynamics and psychosomatic disorders in adolescence.
Psychother. Psychosom. 28, 243-251 (1977)
- Stolorow, R.D.:
Defensive and arrested developmental aspects
of death anxiety, hypochondriasis and depersonalization.
Int. J. Psycho-Anal. 60, 201-213 (1979)
- Stolorow, R.D., F. Lachmann:
Early object loss and denial: developmental considerations.
Psychoanal. Quart. 44, 596-611 (1975)
- Stolorow, R.D., F. Lachmann:
Idealization and grandiosity: Developmental considerations and treatment implications.
Psychoanal. Quart. 45, 565-587 (1976)
- Stolorow, R.D., F. Lachmann:
The developmental prestiges of defenses: diagnostic and therapeutic implications.
Psychoanal. Quart. 47, 73-102 (1978)
- Stolorow, R.D., F. Lachmann:
Psychoanalysis of developmental arrests. Theory and treatment.
New York, 1980
- Stout, G., R.L. Snyder:
Ulcerative colitis-like lesion, in siamang gibbons.
Gastroenterol. 57, 256 (1969)
- Straker, M.:
Ulcerative colitis: Recovery of a patient with a brief psychiatric treatment.
Canad. med. Ass. J. 82, 1224 ff. (1960)
- Strande, A., S.C. Sommers:
Regional enterocolitis in cockerspaniel dogs.
Arch. Pathol. 57, 357 (1954)
- Strzyz, K.:
Sozialisation und Narzissmus.
Wiesbaden, 1978
- Sundby, H.A., A.M. Auested:
Ulcerative colitis in children.
Acta Psychiat. Scand. 43, 410 ff. (1967)

- Szasz, T.S., E.Levin, J.B.Kirsner, W.L.Palmer:
The pole of hostility in the pathogenesis of peptic ulcer.
Psychosom.Med. 9, 331-336 (1947)
- Thomä, H.:
Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen
am Beispiel einer Neurodermitis mit 20jähriger Katamnese.
Psyche 34, 589-624 (1980)
- Tolpin, M.:
On the beginnings of a cohesive self.
Psychoanal. Study Child 26, 316-352 (1971)
- Tomkins, S.S.:
Affects as the primary motivational system.
In: M.B.Arnold (ed.): Feelings and emotions. The Loyola Symposium.
Acad.Press, New York, 1962
- Totman, R.:
Social causes of illness.
Souvenir Press, London, 1979
- Tuschy, G.:
Depressive Struktur und Herzneurose.
Ztsch. psychosom.Med.Psychoanal. 18, 101 ff. (1972)
- Uexküll, Th.v., et al.:
Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1979
- Vogt, R., G.Bürckstümmer, L.Ernst, K.Meyer, M.v. Rad:
Experimentelle Rorschach-Untersuchung zur „pensée opératoire“.
Psyche 33, 829-873 (1979)
- Wachtel, P.:
Psychoanalysis and behavior therapy.
Basic Books, New York, 1977
- Watzlawick, P., J.H.Beavin, D.D.Jackson:
Menschliche Kommunikation. (Aus d.Amerik.)
Huber, Bern, 1969
- Weeks, D.N.:
Observations of small and large bowel motility in man.
Gastroenterol. 6, 185 (1946)
- Weiner, H.:
The psychobiology and human disease.
Elsevier - North Holland, 1977 (a)
- Weiner, H.:
The psychobiology and human disease: an overview.
In: G.Usdin (ed.): Psychiatric Medicine.
Brunner, Mazel, New York, 1977 (b)
- Weizsäcker, V.v.:
Grundfragen medizinischer Anthropologie (1948).
In: Diesseits und Jenseits der Medizin.
Stuttgart, 1950
- Weizsäcker, V.v.:
Psychosomatische Medizin.
Psyche 3, 331 ff. (1949/50)

Weizsäcker, V.v.:
Der kranke Mensch.
Stuttgart, 1951

Weizsäcker, V.v.:
Soziale Krankheit und soziale Gesundung.
Göttingen, 1955

Willi, J.:
Zur Psychopathologie der hysterischen Ehe.
Nervenarzt 41, 157-165 (1970)

Willi, J.:
Die Kollusion als Grundbegriff für die Ehepsychologie und Ehe-therapie.
Sonderheft Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1972

Willi, J.:
Der Gemeinsame Rorschach-Versuch.
Huber, Bern, 1973

Willi, J.:
Die Zweierbeziehung.
Rowohlt, Reinbeck, 1975

Willi, J.:
Die Beurteilung des Behandlungsergebnisses einer Paartherapie.
In: H.E.Richter, H.Strotzka, J.Willi (Hrsg.):
Familie und seelische Krankheit. S.278-300.
Rowohlt, Reinbek, 1976

Willi, J.:
Therapie der Zweierbeziehung.
Rowohlt, Reinbek, 1978

Winch, R.F.:
Mate selection. A study of complementary needs.
Harper & Brothers, New York, 1958

Winnicott, D.W.:
Transitional objects and transitional phenomena.
Int.J.Psycho-Anal. 34, 89-97 (1953)

Winnicott, D.W.:
The capacity to be alone.
In: D.W.Winnicott (1965).
1958

Winnicott, D.W.:
The theory of parent-infant relationship.
In: D.W.Winnicott (1965).
1960 (a)

Winnicott, D.W.:
Ego distortion in terms of true and false self.
In: D.W.Winnicott (1965)
1960 (b)

Winnicott, D.W.:
Primäre Mütterlichkeit.
Psyche 14, 393 ff. (1960/61)

Wirsching, M.:

Krankheit und Familie.

Eine empirische Untersuchung der psychologischen und sozialen Dimensionen chronischer körperlicher Krankheiten im Jugendalter.

Habilitationsschrift, Heidelberg, 1978

Wirsching, M., H.Stierlin:

Krankheit und Familie. Konzepte, Forschungsergebnisse, Behandlungsmöglichkeiten.

Klett-Cotta, Stuttgart, 1982

Wirsching, M., H.Stierlin:

Psychosomatische Familien.

Psyche 37, 596-623 (1983)

Wisdom, J.O.:

Comparison and development of the psychoanalytic theories of depression.

Int.J. Psycho-Anal. 43, 113 ff (1962)

Wittkower, E.:

Ulcerative colitis: Personality studies.

Brit.med.J. 2, 1356 ff (1938)

Wolf, H.B.:

Das Krankheitsbild der Enteritis regionalis (Crohn) im Kindesalter.

Österr.Z.Kinderheilk. 1, 295-325 (1955/56)

Wolf, St., H.G.Wolff:

Human gastric function.

Oxford Univ.Press, New York, 1947

Wolff, H.H.:

Why do emotional conflicts express themselves in physical symptoms? In:

J.O.Wisdom, H.H.Wolff (eds.): The role of psychosomatic disorder in adult life.

Pergamon Press, London, 1965

Wolff, H.H.:

Crisis points and problems of identity.

J. Psychosom.Res. 16, 229-234 (1972)

Whybrow, P.C., F.J.Kane, M.A.Lipton:

Regional ileitis and psychiatric disorder.

Psychosom.Med. 30, 209-221 (1968)

Whybrow, P.C., R.B.Ferrel:

Psychic factors and Crohn's disease. An overview. In:

A.E.Lindner (ed.): Emotional factors in gastrointestinal illness.

Amsterdam, 1973

Zauner, J.:

Grundsätzliche Möglichkeiten der Entstehung psychosomatischer Herzsymptome mit Indikation zur Psychotherapie.

Z. psychosom.Med. 13, 225 ff (1967)

Zepf, S.:

Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung.

Frankfurt a.M., 1973

Zepf, S.:

Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken.

Campus, Frankfurt a.M., 1976 (a)

Zepf, S.:

Grundlinien einer materialistischen Theorie psychosomatischer Erkrankung.

Campus, Frankfurt a.M., 1976 (b)

- Zepf, S.:
Primary socialization and alexithymic defects in symbol and concept formation.
Psychother. Psychosom. 28, 278-284 (1977)
- Zepf, S.:
Psychosomatische Medizin auf dem Weg zur Wissenschaft.
Campus, Frankfurt a.M., 1981
- Zepf, S., H.W.Künsebeck, N.Sittaro:
Untersuchungen zum Selbstwertgefühl von Patienten mit Colitis ulcerosa.
Psyche 35, 142-156 (1981)
- Zepf, S., E.Gattig:
Zur Kritik des „Alexithymie“-Konzepts.
Psyche 36, 123-138 (1982)
- Ziehe, T.:
Pubertät und Narzißmus.
Frankfurt a.M., 1975

Lebenslauf

4. März 1951

In München geboren

Eltern:

Heinz Golling, Zahnarzt,

Erna Golling, geb. Werner, Hausfrau

1957 - 1962

Besuch der Volksschule in München

1962 - 1971

Besuch des Humanistischen Gymnasiums in München
mit Abitur als Abschluß

WS 1971/72

Beginn des Studiums
der Psychologie und Philosophie
an der Universität München

WS 1973/74

Studium der Psychologie und Philosophie
in Regensburg

SS 1976

Doppelstudium der Medizin und Psychologie
an der Universität München

WS 1977/78

Diplom in Psychologie

1979

Stipendiat der Studienstiftung
des Deutschen Volkes

WS 1981/82

Promotion in Psychologie und
3. Staatsexamen in Medizin

Juni 1982

Approbation

Seit Juli 1983

Tätigkeit als Assistenzarzt an der
Universitäts-Nervenklinik München

